

**Instituto Politécnico de Beja
Escola Superior de Educação**

MESTRADO EM PSICOGERONTOLOGIA COMUNITÁRIA

**Contributo dos Centros de Dia para o Bem-estar Subjetivo dos
Idosos**

Ana Carla de Araújo Orta

Beja

2014

**Instituto Politécnico de Beja
Escola Superior de Educação**

MESTRADO EM PSICOGERONTOLOGIA COMUNITÁRIA

**Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação do
Instituto Politécnico de Beja
para a obtenção do grau de Mestre.**

**Contributo dos Centros de Dia para o Bem-estar Subjetivo dos
Idosos**

**Elaborado por:
Ana Carla de Araújo Orta**

**Orientado por:
Prof. Doutor José Pereirinha Ramalho**

Beja

2014

Resumo

Com este trabalho pretende-se aprofundar o conhecimento sobre a problemática do envelhecimento. Numa primeira parte abordamos o contexto histórico e social da velhice, onde pretendemos explicitar que o conceito e a atitude relativos à velhice variam ao longo da história e de cultura para cultura. Com efeito, por exemplo, nas sociedades arcaicas o velho é venerado, em oposição ao que se passa atualmente nas sociedades ocidentais, onde o velho é ostracizado. Mais adiante abordamos a questão do envelhecimento nas sociedades industrializadas e nas sociedades emergentes, onde está cada vez mais presente, o que levanta problemas que carecem ser solucionados através de políticas de saúde pública adequadas. Nos capítulos seguintes tentámos explicitar em que consiste a complexidade da velhice e do envelhecimento, nomeadamente no que diz respeito às suas etapas (envelhecimento primário, secundário e terciário), às suas dimensões (envelhecimento biológico, psicológico e social) e às suas diversas formas (envelhecimento bem-sucedido, ativo, saudável, etc.). Exploramos depois a questão do Bem-estar Subjetivo e o conhecimento sobre Centros de Dia, aspectos que constituem o fulcro do nosso trabalho, dado que pretendemos saber em que medida estas instituições contribuem para o BES. Estes dois temas, em particular, serviram de suporte à nossa pesquisa empírica e à concepção de um projeto de intervenção a realizar no Centro Social do Lidador, em Beja. O objetivo principal deste projeto consiste em desenvolver atividades que promovam o Bem-estar Subjetivo dos idosos que frequentam esta instituição. As temáticas em torno das quais se centra o projeto prendem-se com a música e com os contatos intergeracionais, dado que estas dimensões foram as duas mais sugeridas pelos idosos inquiridos na pesquisa empírica realizada no referido Centro.

Palavras-chave: envelhecimento, envelhecimento biológico, envelhecimento psicológico, envelhecimento social, Bem-estar Subjectivo, Centros de Dia.

Abstract

This work consists of a theoretical component of research, a component of empirical research and practical part, we intend to explore knowledge about aging issues. In the first chapter we discuss the historical and social context of aging, which aim to explain the concept and attitude relating to old age vary throughout history and from culture to culture. Indeed, for example, in archaic societies old is revered as opposed to what is currently happening in Western societies, where the old is ostracized. Later addressing the issue of aging in industrialized societies and emerging companies, which are increasingly present, which raises issues that need to be addressed through appropriate public health policies. In the next four chapters we tried to explain what is the complexity of old age and aging, particularly as regards its stages (primary aging, secondary and tertiary), its dimensions (biological, psychological and social aging) and its various forms (successful aging, active, healthy, etc.). Then explore the issue of Subjective Well-being and awareness of Day Centers, aspects that are the focus of our work, since we want to know to what extent these institutions contribute to the BES. These two themes, in particular, serve to support our empirical research and the design of an intervention project to be held in the Social Center Lidador in Beja. The main objective of this project is to develop activities that promote the Subjective Well-being of older people who attend this institution. The themes around which the project focuses are linked to music and intergenerational contacts, as these were the two dimensions suggested by the elderly respondents in empirical research conducted at the Center.

Keywords: aging, biological aging, psychological
aging, social aging, Subjective Well-being, Day Centres

Introdução

A realização de estudos sobre a terceira idade é cada vez mais pertinente, dado que o envelhecimento cresce de forma acentuada nas sociedades ocidentais e nas sociedades emergentes contemporâneas.

Por isso, o apoio psicossocial é cada vez mais uma realidade incontornável, dado que a velhice traz consigo problemas de natureza biológica, tais como os variados graus e formas de dependência, de natureza psicológica, tais como a tristeza, a angústia e a depressão, e de natureza social, tais como o isolamento e a precaridade de relações sociais e familiares. Assim, crescem as necessidades em instituições sociais, públicas (do Estado) e/ou privadas (IPSS, voluntariado, etc.) para prestar esse apoio, para evitar o abandono a que está, com frequência, sujeita a população idosa.

É no âmbito desta temática que desenvolvemos este estudo, que orientámos particularmente para a questão do Bem-estar Subjetivo dos idosos em contexto de Centros de Dia. A nossa pesquisa empírica recaiu sobre o Centro Social do Lidador, em Beja.

A escolha desta instituição prende-se com os contatos anteriores que temos estabelecido com a mesma, que nos permitiram observar o papel que esta instituição tem prestado para o Bem-estar dos idosos que a frequentam. Tais contatos conduziram-nos à questão de partida - “Em que medida o Centro Social do Lidador contribui para o Bem-estar dos idosos que o frequentam?” – que, conjuntamente com os objetivos que enunciaremos a seguir, orientaram a nossa pesquisa.

Assim, ancorado na nossa questão de partida, o nosso estudo orientou-se pelos seguintes objetivos:

- aprofundar o conhecimento sobre o fenómeno do envelhecimento, particularmente no que diz respeito a etapas, dimensões, formas, Bem-estar Subjetivo e centros de dia;
- compreender o contributo do Centro Social do Lidador para o Bem-Estar Subjetivo dos Idosos que o frequentam.

-Desenvolver um projeto de intervenção que permita a promoção do bem-estar subjetivo dos idosos do Centro Social do Lidador.

Para a atingir os nossos objetivos desenvolvemos o nosso estudo em três partes.

A primeira prende-se com uma abordagem teórica sobre a problemática do envelhecimento, tratando de vários aspectos da sua complexidade, nomeadamente no que diz respeito ao contexto histórico e social da velhice e ao envelhecimento demográfico na sociedade contemporânea, bem como às etapas do envelhecimento (primário, secundário, terciário), às dimensões do envelhecimento (biológico, psicológico, social) e às formas de envelhecimento bem-sucedido, ativo, saudável), tudo isto para sustentar a compreensão sobre o Bem-estar Subjetivo que constitui o eixo da nossa pesquisa.

A segunda parte consta de um estudo empírico realizado no Centro Social do Lidador, em Beja, levado a cabo por intermédio de um inquérito por questionário aplicado a uma amostra de 50 idosos, onde pretendemos avaliar em que medida essa instituição contribui para o Bem-estar Subjetivo dos seus utentes.

Na terceira parte propõe-se a realização de um projeto de intervenção, cuja fundamentação parte do diagnóstico realizado na segunda parte do nosso estudo. A proposta de intervenção centra-se na música tradicional, o cante e a viola campaniça, ao que se acrescenta a música urbana e conversas que permitam promover o intercâmbio entre idosos, crianças, jovens.

Parte I – Enquadramento Teórico

Como já foi sublinhado, nesta parte da nossa tese, desenvolveremos, ao longo dos capítulos que se seguem, a problemática da velhice.

1. Contexto Histórico e Social da Velhice

A velhice é uma construção social tal como todas as categorias de idade, conforme demonstra Ariès (1981): varia no espaço e no tempo. Pereira (2005), citando o trabalho de Ariès sobre a *História Social da Criança e da Família*, exemplifica a construção social das categorias de idade, mostrando como a infância – uma categoria que não existia na Idade Média – foi sendo gradualmente constituída a partir do Séc.

XIII, uma vez que as crianças, desde que a capacidade física lhes permitisse, integravam o mundo do trabalho e a vida social dos mais velhos (37). O mesmo se pode dizer em relação à velhice, cuja representação varia de sociedade para sociedade, como varia ao longo do tempo. É o que nos confirma Botelho (2011:22) ao afirmar que “cada sociedade no seu contexto e momento histórico tem dado um papel à velhice, positiva ou negativamente, o qual depende do modelo de homem ideal que impera em cada momento”.

Com efeito, as sociedades arcaicas ou ditas primitivas são gerontocráticas porque nelas o poder, quer seja político, quer seja social, quer seja simbólico é atributo dos mais velhos. Diz-se hoje na gíria da sociedade da informação que quem detém o conhecimento detém o poder, como se isso fosse uma característica singular da sociedade contemporânea. De fato, ao longo da história da humanidade sempre foi assim: no passado era armazenado na memória ao longo das histórias de vida e transmitido pela oralidade às gerações seguintes; na atualidade o conhecimento mais reconhecido, o conhecimento científico é também um atributo do poder. Nas sociedades arcaicas, segundo nos dizem Radcliff-Brown e Forde, “o poder é assumido na família pelo mais velho ancião e na aldeia pelo Conselho de Anciãos” (1982:401). A velhice é por isso venerada neste tipo de sociedades, onde o velho é sustentado pela família quando perde a capacidade para o trabalho, sem no entanto perder o prestígio, que cresce à medida que a velhice avança. É o que nos diz Agreda (1999), citado por Botelho (2011:22) ao afirmar que “na atualidade pode-se observar em culturas sem escrita que o papel do idoso é o de ser o depositário da sabedoria e transmissor da mesma, sendo ao mesmo tempo a memória do seu povo”.

Nas sociedades da antiguidade tais como a China e o Japão, ou ainda entre os Astecas da América do Sul, “o ancião era visto com uma áurea de privilégios que lhe concedia uma vida longa e como resultado, este ocupava um lugar primordial, onde a longevidade se associava com a sabedoria e a experiência” (Lemos et al, sd: 2). O mesmo se passava no Antigo Egito, segundo nos diz Botelho (2011:22), onde “o idoso possuía um estatuto resguardado, situação esta que se encontrava relacionada com a forma como a estrutura familiar se assumia no seio da sociedade”. Tal situação é-nos confirmada por Agreda (1999), ao afirmar que “o ancião tinha um estatuto social honorável, sendo a instituição mais importante para a comunidade” (Botelho:22).

Da mesma forma, a Grécia Clássica, apesar de valorizar o ideal de juventude, valorizava igualmente os idosos a quem era atribuída “a virtude da sabedoria”, uma vez que era a eles que competia educar os jovens e “guiar seus passos”, sendo consultados e apreciados como conselheiros privilegiados (Agreda, 1999, citado por Botelho, 2011:22).

De igual modo, segundo Lemos et al (sd:2), na sociedade romana, o direito concedia aos anciãos a autoridade de *pater familias*. “A República Romana também conferia cargos importantes no senado aos anciãos como *patrícios*”, poder que ficou registado na história por Cícero, na obra “A Senectude”, onde exaltava a imagem positiva da velhice. Como afirma Leme, “a mais importante instituição de poder, o Senado, deriva o seu nome de *senex* (idoso), valorizando a experiência destes cidadãos” (2002:17). No Antigo Egito, como afirma Botelho (2011:24) “o idoso, devido à sua experiência, era um cidadão cuja opinião era tida em conta”.

(Prado, sd :4), explicita que nas sociedades mais recuadas “os idosos gozavam de prestígio e eram respeitados pelos demais em sua autoridade e sabedoria: uma «idade de ouro da velhice» ou uma «gerontocracia» derivada da posição de patriarcas em extensas famílias onde os velhos detinham conhecimento e poder”.

Mas este prestígio do idoso não é intemporal. Com efeito, na Idade Média, nascida depois da queda do Império Romano, o prestígio do idoso perde-se com a religião católica. É o que nos diz Agreda (1999), ao lembrar que “os autores cristãos utilizam a velhice como imagem representativa do pecado, (...), sendo esta um mal que vem do castigo divino pelos pecados do homem: só no paraíso ninguém se faz velho nem morre” (Botelho, 2011:23). Lemos et al (sd:3), descrevem uma perspectiva idêntica da velhice neste período da história: “em termos gerais, a etapa do Cristianismo expôs uma visão negativa da velhice ao associá-la a «decrepitude, feiura e pecado»”, bem como considerada amoral, tal como é expresso por Santo Agostinho (354-430), autor de referência fundamental para este período da história. Por exemplo, “o século VI identificou a velhice com a cessação da atividade, iniciando ali a concepção moderna de isolamento dos velhos em retiros” (Lemos et al, sd:3).

A visão negativa da velhice prolonga-se pelos períodos históricos seguintes. É o que acontece no Renascimento, onde o desprezo pela velhice se manifesta nas artes e nas letras. Agreda (1999), citado por Botelho acrescenta que “os pintores italianos ignoram a velhice, os flamengos e os alemães. Desprezam-na, especialmente a mulher

velha que é representada como enrugada e decrepita, e é comparada com a imagem da bruxa, que a Inquisição tanto desprezou” (2011:23). Contudo, se a velhice é menosprezada pelo Renascimento, é durante este período que aparecem as primeiras preocupações reflexivas sobre ela. Com efeito, o Renascimento foi um período de eclosão do conhecimento, e a problemática da velhice não lhe escapou. Leme, a este propósito, refere-se ao livro de Gabriele Zerbi (1468-1505), com o título de *Gerontocomia*, como um manual de higiene para idosos sendo “o primeiro livro impresso destinado em exclusivo à geriatria” (Botelho, 2011:23). Leme faz ainda referência a outros livros dedicados a este ramo do conhecimento. Com efeito, a partir dos séculos XVI e XVII, com a emergência do pensamento científico, começou a enfatizar-se a observação, a experimentação e a verificação, criando-se assim as condições para “descobrir as causas da velhice mediante um estudo sintomático”. Os séculos XVII e XVIII viriam conhecer avanços significativos nos campos da fisiologia, anatomia e patologia. Mas esta preocupação não vai a par do estatuto do velho que continua a ser menosprezado.

Com o início da Revolução Industrial, a vida do povo não melhorou de forma significativa a ponto de contribuir para a sua saúde e o aumento da longevidade. Só a partir dos finais do século XIX, com o avanço da medicina e com a gradual melhoria das condições de vida dos trabalhadores, fruto das suas reivindicações, é que se assiste a um gradual incremento dos sistemas de saúde e daí a consequente longevidade. É apenas na transição do século XIX para o século XX que se assiste ao desenvolvimento da geriatria enquanto ramo de conhecimento, e mais tarde à gerontologia.

No século XX, sobretudo a partir da II Guerra Mundial, surge uma outra concepção e um outro estatuto da velhice. Com o desenvolvimento do Estado Providência a partir dos finais dos anos 50 do século passado, surgem novas condições de trabalho e de vida para os trabalhadores, com aumentos salariais, redução do horário de trabalho, assistência na doença, e aposentação remunerada. No espaço de poucas décadas a esperança de vida sobe dos 45 para os 65 anos, o que não pode ser dissociado das condições anteriormente indicadas, e ainda dos avanços da medicina e dos progressos na dieta das classes mais pobres.

A inserção da mulher no mundo do trabalho e as condições de alojamento no mundo urbanizado, caracterizadas pela redução do espaço habitacional, vêm alterar as relações da família com os seus velhos, que, na ausência de outras condições, são

forçados a recorrer às instituições asilares. É esta a marca fundamental da velhice desde a segunda metade do século XX até aos dias de hoje. A industrialização trouxe o afastamento dos velhos do mundo produtivo, a urbanização resultaria na redução do tamanho da família esgotando o poder patriarcal do idoso, cujo saber não seria mais adequado às necessidades dos jovens escolarizados e mais valorizados e, por fim, a marginalização e a solidão constituiriam, em conjunto, as mazelas de uma nova forma de discriminação social.

1. Envelhecimento Demográfico na Sociedade Contemporânea

A sociedade contemporânea é marcada pelo envelhecimento crescente da sua população, sobretudo nos países industrializados, ditos Ocidentais, e ainda em alguns países emergentes, tais como o Brasil e os Tigres Asiáticos. Com efeito, a partir dos anos 60 do séc. XX, a pirâmide etária, nos países Ocidentais, passou gradualmente a ficar invertida, caracterizando-se pelo aumento do número de idosos e pela diminuição do número de crianças, dada a quebra da taxa de natalidade e o aumento da esperança de vida.

O aumento da longevidade deve-se a vários fatores, dentre os quais devemos destacar os avanços da medicina, os cuidados de saúde, os avanços da medicina preventiva (exemplo das vacinas) e curativas (tratamento das enfermidades associadas a velhice), e ainda a melhoria das condições de vida, tais como as questões associadas à alimentação e à suavização das condições de trabalho (redução do número de horas de trabalho e redução do esforço laboral devido à mecanização e a tecnologização da produção) e correlativo aumento do tempo de lazer.

Por outro lado, a queda crescente da natalidade deve-se aos avanços da medicina e das políticas de saúde orientadas para o planeamento familiar, o que permite às famílias decidir o número de filhos que pretendem ter.

A situação demográfica atrás referida é relatada pelo *US Census Bureau*, que estima que em 2030 haverá em todo o mundo, uma média de 22% de pessoas com mais de 65 anos de idade (Veras, 1994, citado por Oliveira et al, 2006:8). Seguindo esta ordem de dados, Ramos (1995), citado também por Oliveira et al (2006: 8), diz que “o planeta com o decorrer dos anos, será mais habitado por idosos do que por crianças,

jovens e adultos, o que levanta problemas que a sociedade tem que encarar para lidar com a superpopulação idosa ao nível mundial”.

Por outro lado, a OMS (Organização Mundial de Saúde) prevê que em 2025 existirão 1,2 mil milhões de pessoas com mais de 60 anos, mas a grande preocupação dessa organização não é só o prolongamento da vida, mas é sobretudo o prolongamento de uma vida saudável, o que acarreta a necessidade de promover políticas públicas de apoio à população idosa.

No que diz respeito a Portugal, segundo dados reportados por um estudo do INE (Instituto Nacional de Estatística, 2011), o índice de envelhecimento em 2004, traduzido pela relação entre a População Idosa e a População Jovem, apontava a existência de 109 idosos para cada 100 jovens, e a previsão para 2050 apontava uma existência de 243 idosos para cada 100 jovens. Segundo o mesmo estudo, os números revelaram a existência de uma relação de 25,2 idosos por cada 100 indivíduos ativos.

Outros estudos demográficos sobre o crescimento do número de idosos apresentam dados que vão no mesmo sentido dos anteriores. Assim, por exemplo, o INE (2002) aponta, no que diz respeito a Portugal, que “a proporção de pessoas com 65 anos ou mais duplicou no período de 40 anos, passando de 8% em 1970 para 16% em 2001”. O mesmo autor afirma ainda que “de acordo com as projeções demográficas mais recentes, estima-se que em 2050 esta proporção represente 32% do total da população Portuguesa”. A este propósito Carneiro et al justificam que “o efeito cumulativo das taxas de mortalidade ao longo de várias décadas tem vindo a alterar o perfil demográfico da população portuguesa, cujo traço mais marcante é o progressivo envelhecimento da sociedade portuguesa”. O mesmo documento aponta que “o envelhecimento resulta da transição demográfica das sociedades, definida como a passagem dum modelo de fecundidade e mortalidade elevadas para um modelo de níveis baixos das mesmas e, simultaneamente, um aumento generalizado da esperança média de vida das populações” (2012:31).

No que diz respeito ao Alentejo, e em particular ao Baixo Alentejo, verificamos a mesma situação de envelhecimento demográfico. Bastam apenas alguns dados do INE para mostrar esta tendência. Com efeito, segundo as estatísticas demográficas de 2010 daquele Instituto, a nível do Continente, existia uma população de 1.607.734 jovens dos 0-14 anos, que representavam 15,1%, enquanto a população idosa, no mesmo ano, se cifrava em 1.931.467 indivíduos com mais de 65 anos, o que representava 18,2% da

população total. Estes dados são agravados no que diz respeito ao Baixo Alentejo onde existiam, em 2010, 16.557 jovens dos 0-14 anos, o que representava 13,4% da população total desta NUT III, enquanto o número de idosos com mais de 65 anos se cifrava em 28.562 indivíduos, o que representava 23,1% da mesma população.

A pirâmide etária invertida, com o crescimento da população idosa, coloca vários problemas sociais, políticos e económicos, traduzidos, nomeadamente, pela redução gradual da população contributiva e pelo aumento correlativo da população aposentada, exigindo da sociedade uma canalização acrescida de renda para aquela população. Por outro lado, o aumento do número de idosos carece de soluções sociais e de políticas públicas de forma a serem prestados serviços adequados a essa faixa etária, quer em cuidados de saúde (física e psicológica), quer em apoios de natureza social (centros de dia, atividades ocupacionais, lares da terceira idade, etc.). Com efeito, “o peso da população dos idosos e dos grandes idosos na estrutura populacional tem vindo a aumentar de forma significactiva. O número de idosos com mais de 80 anos passou de 340,0 milhares em 2000, para 484,2 milhares em 2010” (Carneiro, 2012:38).

Às necessidades de apoio social, acrescentam-se as condições de pobreza, já que 84,1% dos pensionistas da velhice da Segurança Social tem uma pensão mensal inferior a 500 euros, o mesmo acontecendo com 21% dos reformados da Caixa Geral de Aposentações (Carneiro, 2012:24).

O Eurostat, no que refere à população com 65 e mais anos, “apresentava em 2009 uma taxa de risco de pobreza (condição considerada como abaixo de 60% do rendimento mediano) de 21/% depois das transferências sociais, valor ligeiramente superior ao registado em 2008, de 20,1%, e bem acima da média comunitária (17,8%); conforme se vai avançando na idade, o agravamento do risco da pobreza é maior, apresentando a população de 75 e mais anos um risco de pobreza que atinge os 24%, sendo na EU apenas de 20,3%” (Carneiro, 2012:21).

Pereira (2005:8) refere que em relação à longevidade, esta “constitui uma das maiores conquistas da humanidade do Séc. XX e que traz consigo enormes desafios e implicações sociais variadas e complexas que já se fazem sentir no cotidiano das sociedades”.

Vero (2002b) citado pelo mesmo autor (2005:12), acrescenta a seguir que “as demandas geradas por essa nova realidade inquietam e devem ser questão prioritária,

uma vez que não basta apenas viver mais tempo”, já que viver mais é importante desde que se consiga agregar qualidade a esses anos adicionais de vida”

3. Caracterização da Velhice e do Envelhecimento

“A medicina moderna não pretende mais atribuir uma causa ao envelhecimento biológico: ela o considera inerente ao processo da vida, do mesmo modo que o nascimento, o crescimento, a reprodução, a morte”

Simone de Beauvoir

“A vida de um organismo multicelular costuma ser dividida em três fases: (1) a *fase de crescimento e desenvolvimento*, (2) a *fase reprodutiva* e (3) a *senescência ou envelhecimento*. Durante a primeira fase, ocorre o desenvolvimento e crescimento dos órgãos especializados, o organismo vai crescendo e adquirindo capacidades funcionais que o tornam apto a se reproduzir. A fase seguinte é caracterizada pela capacidade de reprodução do indivíduo, que garante a sobrevivência, perpetuação e evolução da própria espécie. A terceira fase, a senescência, é caracterizada pelo declínio da capacidade funcional do organismo” (Cancela, 2007:1).

A velhice, também designada por terceira e quarta idade, é um estágio etário marcado pela senescência, isto é, pela diminuição das capacidades funcionais do organismo, quer seja a nível físico, quer psicológico. Com efeito, com o decorrer dos anos o organismo tende a degradar-se, fazendo diminuir as suas capacidades adaptativas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera *população idosa* aquela que é composta por pessoas com mais de 60 anos para os países em desenvolvimento, e com mais de 65 para os países desenvolvidos.

Esta diferenciação leva-nos a ter em conta que o envelhecimento se processa de forma desigual, em função de vários fatores: biológicos, psicológicos e ambientais (naturais e sociais).

Para Cancela (2007:2), os indivíduos envelhecem de formas muito diversas, e a este respeito podemos falar de Idade Biológica, de Idade Social e de Idade Psicológica, que podem ser muito diferentes da Idade Cronológica. O mesmo autor afirma que o envelhecimento é um processo de degradação progressiva aos níveis biológico,

psicológico e social, que resulta da interação de determinantes internos, como o património genético, e de determinantes externos como o estilo de vida, a educação e o ambiente (social e natural) em que o idoso vive. Paschoal (1996), citado por Silva e Ferrugem (2007:2), aponta que o processo natural do envelhecimento é caracterizado pela diminuição funcional de todos os sistemas do organismo, o que é traduzido pelo aparecimento de doenças crónicas degenerativas e pelo aparecimento de certas incapacidades.

Neri (2001b), citado por Pereira, afirma que, do ponto de vista biológico, “todos os organismos vivos, após a fase da maturação sexual, começam a vivenciar processos de transformação que implicam na perda gradual de suas potencialidades e na diminuição gradual da probabilidade de sobrevivência” E acrescenta a seguir que “esses processos são de natureza interacional e acontecem em épocas e em ritmos diferentes não só para cada pessoa, mas igualmente para cada parte e função do organismo” (2005:28).

Mas a velhice e o envelhecimento não podem ser entendidos apenas na perspectiva biofísica. Com efeito, outros aspectos tais como “gênero, hereditariedade, classe social, condições de saúde e de educação, fatores de personalidade, história de vida e contexto sócio-histórico são importantes elementos que interagem e se mesclam com a Idade Cronológica para determinar diferentes formas de envelhecer” (Pereira, 2005:29-30). É nesse sentido que é pertinente a frase de Simone de Beauvoir ao afirmar que “a velhice não é uma ladeira que todos descem com a mesma velocidade. É uma sucessão de degraus irregulares onde alguns despencam mais depressa que outros” (Pereira, 2005: 30).

Neri (2001b), citado por Pereira (2005:31) resume alguns dos principais indicadores do processo de envelhecimento normal: branqueamento dos cabelos, rugas, flacidez muscular, *deficits* sensoriais; alterações no metabolismo, na circulação e na respiração; diminuição de força, mobilidade e resistência; diminuição da capacidade de adaptação a mudanças de temperatura; redução na tolerância ao estresse físico e psicológico; registam-se também perdas psicomotoras (relacionadas com a aprendizagem, a memória e a cognição) e perdas de instrumentalidade – que podem interferir na auto-estima e no senso de controlo pessoal do idoso.

4. Etapas do Envelhecimento

A Psicologia do Desenvolvimento e a Psicologia do Envelhecimento estabelecem vários degraus no envelhecimento, “baseados em critérios como longevidade, presença de patologias, e conservação dos mecanismos adaptativos do organismo” (Pereira). Assim, Pereira relata os seguintes graus na escala do envelhecimento: **Envelhecimento Primário, Normal ou Senescência; Envelhecimento Secundário, Patológico ou Senilidade; Envelhecimento Terciário ou Terminal** (2005:30).

Para aquela autora (2005:30), o **Envelhecimento Primário, Normal ou Senescência**, “é um fenômeno que atinge a todos os seres humanos pós-reprodutivos de maneira universal, gradual e progressiva”. Neri (2001b), citado pela autora, afirma que o envelhecimento primário “é o processo que preside ou determina o potencial de cada indivíduo para permanecer vivo, o qual diminui com o passar dos anos”. Pereira acrescenta a seguir, partindo de Blazer (1998), que “se trata de mudanças normais associadas à idade e que não significam doença, uma vez que estão relacionadas à ação do tempo sobre o organismo, independente de estresse, trauma ou doença adquirida” (2005: 30).

Por sua vez, Birren e Schroots (1996), citados por Fachine & Trompieri, (2012: sp), sublinham que “o envelhecimento primário, também conhecido como envelhecimento normal ou senescência, atinge (...) de forma gradual e progressiva o organismo, possuindo efeito cumulativo. O indivíduo nesse estágio está sujeito à concorrente influência de vários fatores determinantes para o envelhecimento, como exercícios, dieta, estilo de vida, exposição a evento, educação e posição social”.

Para Barreto (sd:291) o envelhecimento primário “pode ser considerado um processo normal, mais ou menos semelhante em todos os indivíduos da mesma espécie, gradual e previsível, e considera-se que está na dependência de fatores genéticos”.

Para Neri (2001b), citado por Pereira (2005:31), o **Envelhecimento Secundário, Patológico ou Senilidade**, “está relacionado com alterações ocasionadas por doenças associadas ao envelhecimento que não se confundem com as mudanças normais desse processo”. Pereira acrescenta a seguir que “as patologias cardiovasculares, as cerebrovasculares, certos tipos de câncer e de doenças neurológicas, são consideradas moléstias associadas ao envelhecimento, por possuírem uma maior probabilidade de ocorrência com o avançar da idade. Embora não estejam ainda totalmente estabelecidas

as causas para a sua ocorrência, apontam igualmente para a interação entre mecanismos genéticos, fatores ambientais, estilo de vida e personalidade” (2005:31).

Para Birren e Schroots (1996) – citados por Fachine & Trompieri (2012:4) “o envelhecimento secundário ou patológico, refere-se a doenças que não se confundem com o processo normal de envelhecimento. Estas enfermidades variam desde lesões cardiovasculares, cerebrais, até alguns tipos de cancro (este último podendo ser oriundo do estilo de vida do sujeito, dos fatores ambientais que o rodeiam, como também de mecanismos genéticos) ”. Os mesmos autores acrescentam, baseados em Spirduso (2005), que “o envelhecimento secundário é referente a sintomas clínicos, onde estão incluídos os efeitos das doenças e do ambiente”.

Barreto (sd:291) relata que o envelhecimento secundário “resultará da ação de causas diversas e as suas manifestações irão variar consideravelmente de indivíduo para indivíduo. Ele varia na maioria dos casos de alterações do ambiente, e é portanto em grande parte imprevisível”.

Para Netto (2002), citado por Fachine & Trompieri (2012:4), “o envelhecimento secundário é o envelhecimento resultante das interações das influências externas, e é variável entre indivíduos em meios diferentes. O envelhecimento secundário tem como característica o fato de decorrer de fatores culturais, geográficos e cronológicos”.

Para Pereira (2005:32) o “*Envelhecimento Terciário ou Terminal* é um período relativamente curto que culmina com a morte, caracterizado por um aumento acentuado nas perdas físicas e cognitivas”. Este declínio generalizado nas condições de saúde do indivíduo decorre tanto em função das doenças associadas à idade quanto da acumulação dos efeitos do envelhecimento normal e do patológico e tem ocorrência mais provável na velhice avançada.

Para Birren e Schroots (1996), citados por Fachine & Trompieri (2012:5), “o envelhecimento terciário ou terminal é (...) caracterizado por profundas perdas físicas e cognitivas, ocasionadas pelo acumular dos efeitos do envelhecimento, como também por patologias dependentes da idade”.

Para a velhice de cada uma destas etapas, Weineck (1991), citado por Fachine & Trompieri (2012:5), diz que confluem três tipos de idade: biológica, psicológica e social. O mesmo autor ensina que “a Idade Cronológica (calendária) ordena as pessoas de acordo com sua data de nascimento”. Schneider & Irigary (2008:589) explicitam que “a idade cronológica mensura a passagem do tempo decorrido em dias, meses e anos

desde o nascimento”. Para Schroots e Birren (1990), citados pelos mesmos autores, “a Idade Cronológica pode ser entendida como algo absoluto e nela são fixadas propriedades que podem ser medidas. Ela é medida pelo tempo, empregando-se um padrão absoluto ou escalas de medida”. Com efeito a Idade Cronológica tem dimensões objetivas e subjetivas. Com efeito, a Idade Cronológica “não é um índice de desenvolvimento biológico, psicológico e social, pois ela por si só não causa o desenvolvimento. Na verdade, a idade é meramente um marcador aproximado do processo que influencia o comportamento ao longo do tempo.

Quanto à **idade biológica**, Weineck (1991), citado por Fachine & Trompieri (2012:5), diz que “esta é demonstrada pelo organismo, com base nas condições tecidulares deste, quando comparados a valores normativos”. Schroots & Birren (1990)¹, citados por Schneider & Irigaray (2008:7) dizem que a Idade Biológica “é definida pelas modificações corporais e mentais que ocorrem ao longo do processo de desenvolvimento e caracterizam o processo de envelhecimento humano, que pode ser compreendido como um processo que se inicia antes do nascimento do indivíduo e se estende por toda a existência humana”. Podemos dizer que a Idade Biológica diferencia indivíduos uns dos outros, já que para a mesma Idade Cronológica as idades biológicas são diferentes, devido ao grau de envelhecimento do corpo que cada indivíduo apresenta. A Idade Biológica está ligada ao envelhecimento orgânico. Cada órgão sofre modificações que diminuem o seu funcionamento durante a vida e a capacidade de autorregulação torna-se também menos eficaz. Para Pereira (2005:33), “a Idade Biológica reflete as variações entre os indivíduos com a mesma Idade Cronológica, sendo definida como a expectativa de vida do indivíduo”. Cancela (2007:1), atrelando o conceito de envelhecimento biológico ao de Idade Biológica, define-o como equivalente de senescência. Podemos dizer que a idade biológica é aquela que nos informa sobre o

¹As mudanças e as perdas [biofísicas] fazem parte do envelhecimento. A partir dos 40 anos, a estatura do indivíduo diminui cerca de um centímetro por década, principalmente devido à diminuição da altura vertebral ocasionada pela redução da massa óssea e outras alterações degenerativas da coluna vertebral. A pele fica mais fina e friável, menos elástica e com menos oleosidade. A visão também declina, principalmente para objetos próximos. A audição diminui ao longo dos anos, porém normalmente não interfere no dia-a-dia. Com o envelhecimento, o peso e o volume do encéfalo diminuem por perda de neurônios, mas, apesar desta redução, as funções mentais permanecem preservadas até o final da vida (Costa & Pereira, 2005, citados por Schneider & Irigary).

envelhecimento de nossas células e está diretamente relacionada à qualidade de vida e a hábitos adquiridos no nosso dia-a-dia.

Quanto à **Idade Psicológica**, Weineck (1991), citado por Fachine & Trompieri (2012:6), explicita que é evidenciada por aspectos como desempenho, maturação mental e soma de experiências. Segundo Aragó (1995), citado por Duarte (1999:44), “a idade psicológica é determinada em função das modificações cognitivas e afetivas que se produzem ao longo do transcurso temporal”. A idade psicológica de um idoso – diz Duarte - está associada às avaliações que se faz, dado que as expectativas de vida são curtas, o que naturalmente se repercute na sua conduta. A idade psicológica depende das mudanças que ocorrem aos níveis cognitivo (“aqueles que afetam a maneira de pensar assim como as capacidades”), afetivo e da personalidade.

Cancela (2007:2) diz que “a Idade Psicológica se relaciona com as competências comportamentais que a pessoa pode mobilizar em resposta às mudanças do ambiente, incluindo a inteligência, a memória e a motivação”. Pereira (2005:34), indo no mesmo sentido, e citando Neri (2001b), define a Idade Psicológica como “a maneira como cada indivíduo avalia, em si mesmo, a presença ou a ausência de marcadores biológicos, sociais e psicológicos da idade, com base em mecanismos de comparação social mediados por normas etárias”.

Hoyer e Roodin (2003) definem a idade psicológica como a capacidade para se adaptarem ao meio pelo uso de várias características psicológicas, como aprendizagem, memória, inteligência, controle emocional, estratégias de *coping* etc. Há adultos que possuem tais características psicológicas com graus maiores que outros e, por isso, são considerados «jovens psicologicamente», e outros que possuem tais traços em graus menores e são considerados «velhos psicologicamente» ” (Schneider & Irigaray (sd:591). Essa idade refere-se às competências comportamentais que a pessoa pode mobilizar em resposta às mudanças do ambiente. A idade psicológica inclui as capacidades da memória, as capacidades intelectuais e as motivações que a pessoa sente. Quanto à **Idade Social**, Fachine & Trompieri (2012:6) dizem que “é indicada pelas estruturas organizadas de cada sociedade; cada indivíduo pode variar de jovem a velho em diferentes sociedades”. Para Aragó (1995), citado por Duarte (1999:42), a idade social é determinada pela inclusão do indivíduo em diversos grupos sociais como membro da sociedade e costuma medir-se pela capacidade funcional em contribuir com trabalho, para a proteção do grupo ou grupos a que pertence na sociedade.

Segundo Cancela (2007:2) a Idade Social refere-se “ao papel, aos estatutos e aos hábitos da pessoa, relativamente aos outros membros da sociedade. Esta idade é fortemente determinada pela cultura e pela história de um país”. Pereira acrescenta a seguir que “a noção de Idade Social diz respeito ao grau de adequação de um indivíduo aos papéis e comportamentos que a sociedade – e ele mesmo – esperam ser desenvolvidos pelas pessoas de determinadas faixas etárias, nas respectivas fases da vida” (2005:34-35).

Neugarten & Datam (1973), citados por Duarte (1999:42), explicitam que “os graus de idade são expressões de fato de que todas as sociedades racionalizam os passos do tempo da vida, o dividem em unidades socialmente relevantes e assim se pode dizer que transformam o tempo do calendário”.

A Idade Social está relacionada com o momento ou a etapa da vida que a sociedade associa ao desempenho de papéis: escola, casamento, filhos, aposentação, etc.

Para Schroots e Birren (1990), citados por (Tavares & Carvalho, 2011:3) “a Idade Social é definida pela obtenção de hábitos e *status* social pelo indivíduo para o preenchimento de muitos papéis sociais ou expectativas em relação às pessoas de sua idade, em sua cultura e em seu grupo social”. Os mesmos autores acrescentam que “a medida da Idade Social é composta por performances individuais de papéis sociais e envolve características como tipo de vestimenta, hábitos e linguagem, bem como respeito social por parte de outras pessoas em posição de liderança”. Para Neri (2005), citado por Schneider & Irigaray (2008:7), “a Idade Social diz respeito à avaliação do grau de adequação de um indivíduo ao desempenho dos papéis e dos comportamentos esperados para as pessoas de sua idade, num dado momento da história de cada sociedade”. Podemos dizer que a idade social é a avaliação que o indivíduo faz ao desempenho dos papéis e dos comportamentos esperados para a sua idade, em cada sociedade. Em suma, como afirma Tavares (2012:1), “o envelhecimento é reflexo do conjunto de atitudes, expectativas e ideais da sociedade e cultura onde o indivíduo se desenvolve e envelhece”. Quanto à idade funcional Pereira (2005:33) sublinha que esta “está bastante correlacionada com o envelhecimento biológico, define-se pelo grau de conservação do nível de capacidade adaptativa em comparação com a Idade Cronológica”. A mesma autora diz que a idade funcional está correlacionada com o conceito de “independência funcional, o qual é averiguado através da capacidade

funcional do individuo (2005: 33) ”. No fundo remete-nos para o grau de maior ou menor autonomia do idoso.

5. Dimensões do Envelhecimento

Vejamos as diferentes dimensões do envelhecimento: cronológico, biológico, psicológico e social. Schneider & Irigary (2008:2) explicitam que “a etapa da vida caracterizada como velhice, com suas peculiaridades, só pode ser compreendida a partir da relação que se estabelece entre os diferentes aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais”. Mais adiante os mesmos autores acrescentam que “essa interação institui-se de acordo com as condições da cultura na qual o indivíduo está inserido. Condições históricas, políticas, económicas, geográficas e culturais produzem diferentes representações sociais da velhice e também do idoso. Há uma correspondência entre a concepção de velhice presente em uma sociedade e as atitudes frente às pessoas que estão envelhecendo”.

O envelhecimento é um processo complexo, multidimensional e multifatorial. É multidimensional e multifatorial porque não se pode dizer que uma pessoa é idosa sem referir a sua dimensão biológica (onde interagem múltiplos fatores orgânicos), a sua dimensão psicológica (desde os afetos, às emoções, ao comportamento e ao maior ou menor equilíbrio mental do idoso), bem como a sua dimensão social (mudança de papéis, estigmatização e contexto social).

Quadro nº 1. Envelhecimento biológico, psicológico e social

Envelhecimento	Características
Envelhecimento biológico	<ul style="list-style-type: none">- Perda progressiva de funcionalidade e de adaptação ou de resistência face ao stress;- Vulnerabilidade do organismo e gradual probabilidade de Morte;- Adaptação na manutenção da homeostase (em função da idade cronológica).
Envelhecimento psicológico	<ul style="list-style-type: none">- Alterações associadas ao aspecto intelectual e à história de

	vida do indivíduo; - Adaptação da capacidade de autorregulação psicológica do indivíduo (em relação à componente biológica).
Envelhecimento social	- Adaptação do padrão de interação entre o ciclo de vida do indivíduo e estrutura social em que está inserido; - Desempenho do indivíduo, em termos comportamentais, esperado pela sociedade (em função da idade cronológica que tem); - Atribuição de novas normas, posições, oportunidades ou restrições ao indivíduo (em função da idade que tem).

(Adaptado de Cerqueira, M. 2010)

Por outro lado, porque combina de forma singular as diferentes dimensões e fatores, o envelhecimento é único, individual e heterogéneo, o que quer dizer que varia de indivíduo para indivíduo. Para Duarte (1999:37), “qualquer consideração que não se assente simultaneamente sobre estes pilares corre o risco de deformação e de dar lugar a crenças condenadas a uma rápida substituição”.

A sua dimensão mais evidente é a dimensão biológica, que resulta, entre outros fatores, do nosso código genético ao qual ninguém pode escapar. Esta dimensão do envelhecimento consiste nas “transformações que ocorrem nos sistemas orgânicos e funcionais, reduzindo a sua capacidade biológica de autorregulação e, consequentemente, diminuindo a probabilidade de sobrevivência” (Figueiredo, Guerra & Sousa, sd:1). Para Teixeira (1999), citado por Tavares (2012:3), o envelhecimento biológico “é caracterizado por uma lentidão de diferentes domínios do comportamento que levam a uma progressiva deterioração, quer estrutural, quer funcional, em todos os órgãos”

Quadro nº 2 - Modificações fisiológicas do envelhecimento

ALTERAÇÕES ESTRUTURAIS	ALTERAÇÕES FUNCIONAIS
	Sistema cardiovascular
Células e tecidos	Sistema respiratório

Composição global do corpo e peso Corporal	Sistema renal e urinário
Músculos ossos e articulações	Sistema gastrointestinal
Pele e tecidos subcutâneos	Sistema nervoso e sensorial
Tegumentos	Sistema endócrino e metabólico
	Sistema imunitário
	Ritmos biológicos e sono

Fonte: Pessoas Idosas: uma abordagem global (Berger e Poirier, 1995).

Mais adiante a autora acrescenta que “na origem desta lentidão está o declínio de um conjunto de funções orgânicas, como é o caso da diminuição da capacidade de regeneração das células, que conseqüentemente acaba mais adiante por proporcionar o envelhecimento dos tecidos”. Podemos dizer que o envelhecimento biológico é a deterioração progressiva da quase totalidade das funções do organismo ao longo do tempo. Esta dimensão do envelhecimento arrasta, quase sempre, consigo o envelhecimento psicológico e o envelhecimento social. É neste sentido que Tavares (2012:5) sublinha que “os fatores psicológicos se cruzam com os fatores socioculturais, quer com os biológicos que, interagindo entre si, acabam por influenciar a forma como cada pessoa vive e envelhece”. Por isso, “o processo de envelhecimento vai depender tanto de fatores de ordem genética, patológica (doença e/ou lesões), de potencialidades individuais (processamento de informação, memória, desempenho cognitivo, entre outros), assim como da interferência do meio ambiente e do contexto sociocultural”.

De acordo com Zimerman (2000), citado por Tavares (2012:5), destacam-se como fatores psicológicos do envelhecimento, “a dificuldade de se adaptar a novos papéis, a falta de motivação e dificuldade de planear o futuro, a necessidade de trabalhar perdas orgânicas, afetivas e sociais, a dificuldade de se adaptar às mudanças rápidas, a baixa auto-estima e autoconceito e os sinais de patologia”.

Para Cerqueira (2010:3), o envelhecimento psicológico está associado ao tipo de vida mental do indivíduo: “quanto mais trabalho intelectual tiver realizado nas épocas anteriores, mais as mudanças convertidas em perdas tendem a ser menores e as mudanças convertidas em competências tendem a melhorar. Dito de outra forma, quanto mais uma função do organismo estiver relacionada com a experiência intelectual, mais

probabilidade tem de se desenvolver” (Garcia, 1999), citado por aquela autora. Cerqueira acrescenta que “essas alterações que surgem com a idade verificam-se em várias dimensões cognitivas do indivíduo, nomeadamente na inteligência, criatividade, aprendizagem, memória, processamento da informação, mestria profissional e sabedoria” (2010:3).

Outras alterações de nível psicológico advêm das perdas afetivas (perdas de papéis, filhos que saem de casa, reforma, viuvez, perdas de amigos) que surgem com a idade, cujo confronto vai exigir um esforço acrescido por parte do idoso para manter o bem-estar. Essas perdas conduzem à solidão do idoso, o que gera frequentemente tristeza, melancolia e até mesmo depressão. Outro fator importante, segundo Fernández-Ballesteros & Izal (1993), citados por Teixeira (2010:1), é a reforma que, para além de ter uma repercussão social, tem também uma importância significativa do ponto de vista psicológico, uma vez que a extinção da atividade laboral pode ter uma influência na estabilidade emocional, já que as rotinas são profundamente alteradas. Por outro lado, a deterioração das capacidades funcionais próprias do avanço do envelhecimento, gera graus diferenciados de patologias e de dependências, outros tantos motivos para criar instabilidade emocional e afetiva.

Duarte (1999:44), no que diz respeito ao envelhecimento psicológico, afirma que, no idoso, “a avaliação do futuro modifica-se, já que as expectativas de vida são curtas e o futuro adquire um peso que antes não tinha, o que repercute na organização da conduta. (...) a vida se reorganiza em função que ainda tem por viver mais do que do tempo transcorrido desde o nascimento”. O envelhecimento psicológico também está associado à diminuição e alterações mentais que podem dificultar a adaptação de novos papéis, em falta de motivação, perdas afetivas e sociais e na auto-estima baixa.

Quanto ao envelhecimento social, Schroots & Birren (1990), citados Schneider & Irigaray (2008:8) afirmam que este “deve ser entendido como um processo de mudanças de papéis sociais, no qual são esperados dos idosos comportamentos que correspondam aos papéis determinados para eles. Há papéis que são graduados por idade e que são típicos desta fase da vida. Diferentes padrões de vestir e falar são esperados de pessoas em diferentes idades, e o *status* social varia de acordo com as diferenças e de acordo com a idade”. Varia ainda de sociedade para sociedade e de um período histórico a outro de uma determinada sociedade. Para Tavares (2012:5), “o envelhecimento social está, de um modo geral, associado a alterações no *status* do indivíduo. Existe uma

transição da categoria de ativo à de reformado (65 anos), esta desocupação de ausência de um horário laboral, o indivíduo tem que se adequar a novos papéis, o que nem sempre é um processo fácil”. A mesma autora acrescenta que “as dificuldades que o idoso enfrenta e a forma como envelhece devem-se, em parte, ao estatuto que determinada sociedade lhe confere. Cerqueira sublinha que “o envelhecimento social implica padrões de interação entre o ciclo de vida e a estrutura social em que o indivíduo se insere, pelo que com o avançar do tempo se verifica um processo de mudança relativo aos papéis e comportamentos, muitos deles impostos pela sociedade”. Mais adiante acrescenta que o envelhecimento está também associado à “mudança de papéis familiares, entrada na reforma e acesso à categoria de pensionista” o que implica adaptar-se a todo um conjunto de novas relações sociais. Podemos dizer que o envelhecimento social é o processo de mudança de papéis e comportamentos que é típico dos anos mais tardios da vida adulta.

6. Formas de Envelhecimento

Envelhecimento bem-sucedido e qualidade de vida são conceitos que, de certa forma, estão profundamente correlacionados. Combinam diversas variáveis, a nível material, a nível físico, a nível psicológico e a nível social. Podemos dizer que o envelhecimento bem-sucedido, forjado na linguagem da gerontologia e da psicologia, esteve desde o início associado a outras designações, tais como envelhecimento positivo, envelhecimento com sucesso ou envelhecimento saudável, conceitos surgidos na década de 60 do século passado, definindo, segundo Fonseca (2005), citado por Keong (2010:4), “quer um mecanismo de adaptação às condições específicas, quer a procura de um equilíbrio entre as capacidades do indivíduo e as exigências do ambiente”.

No início, os gerontólogos e os psicólogos, ao compararem envelhecimento bem-sucedido com envelhecimento mal sucedido, baseavam-se exclusivamente na diferença entre saúde e doença (Keong, 2010:2). Mais tarde, segundo a mesma autora, surgiu a necessidade de ultrapassar esta visão reducionista, “substituindo-a por uma abordagem que encara o envelhecimento numa perspectiva global, valorizando os aspectos biológicos, psicológicos e materiais”. Outros autores vieram ainda acrescentar a estes

fatores a dimensão ambiental e a dimensão social, consideradas decisivas para o envelhecimento bem-sucedido e também para a qualidade de vida.

Marconcin (2009:13), apoiada em vários autores, afirma que o envelhecimento para ser considerado como uma boa fase da vida, depende de várias dimensões: envelhecimento bem-sucedido, envelhecimento ativo, envelhecimento com sucesso, velhice produtiva e envelhecimento saudável. Vamos detalhar mais os dois primeiros conceitos porque são mais recorrentes nos textos científicos, remetendo os outros para nota de rodapé².

Guerreiros e Rodrigues (1999), citados por Marconcin (2009:14), apontam a “manutenção da autonomia” como dimensão essencial do envelhecimento bem-sucedido. Por seu turno, Neri & Cachioni (1999), citados pela mesma autora, afirmam que “o conceito de velhice bem sucedida está associado à ideia de realização do potencial individual para alcançar o bem-estar físico, social e psicológico”. Marconcin (2009:14) esclarece ainda que o envelhecimento bem-sucedido depende da “possibilidade do indivíduo seguir o curso da vida mantendo a sua identidade e a sua capacidade de interagir com o mundo, fazendo opções de acordo com as suas necessidades e capacidades, e de reconhecer principalmente que é autor de uma história singular que

². O **envelhecimento com sucesso** inclui três dimensões principais: a menor probabilidade de doenças incapacitantes, a maior capacidade cognitiva; e a capacidade funcional de manter-se ativo na sociedade, dimensões que estão correlacionadas.

A **velhice produtiva** vai além da atividade laboral, traduzindo-se pelo exercício de papéis, tais como atividades domésticas e de lazer. Esta dimensão da velhice traduz-se ainda pelo sentimento de ser-se útil, de ter um sentimento de pertença, de comprometer-se com tarefas, objetivos e com o bem social.

Segundo Marconcin (2009: 16), apoiada em Jylha (1995), o **envelhecimento saudável** depende de quatro tipos de questões:

1. Das condições de trabalho, do ambiente e da cultura, da vida sem stress, sem abuso de bebidas alcoólicas, sem fumar, com prática de exercícios físicos;
2. O significado e da independência, da capacidade de lidar com a doença e da capacidade de criar estratégias para viver com qualidade;
3. Da qualidade do sistema de segurança social e do sistema de saúde pública;
4. Da mudança das representações sociais, da imagem e do estereótipo da velhice no sentido da sua não estigmatização.

Para Lima, Silva & Galhardoni (2008: 1) o envelhecimento saudável depende da interação de múltiplos fatores. “Saúde física e mental, independência de vida diária, integração social, suporte familiar e independência económica, entre outros”.

está continuamente sendo construída e que dá sentido à sua vida”. Por seu turno, Rowe & Kahn (1999), citados por Keong (2010:5), definem o envelhecimento bem-sucedido como “a capacidade de manter três comportamentos ou características-chave: baixo índice de doença e incapacidade, elevada função mental e física e um compromisso ativo para com a vida”. Silva (2012:14) diz que “os critérios do envelhecimento bem-sucedido passam diferentemente pelos indivíduos, desde logo pela idade, cultura, condições económicas, sociais, de saúde, etc.” Segundo Paúl (2005:28), “o conceito de envelhecimento bem-sucedido só faz sentido numa perspectiva ecológica, visando o indivíduo no seu contexto sociocultural, integrando a vida atual e passada, ponderando uma dinâmica de forças entre as pressões ambientais e as suas capacidades adaptativas, dando o devido relevo ao sentir subjetivo de cada indivíduo, completamente idiossincrático, que se compreende à luz da construção da história de vida de cada um”.

Keong (2010:8) afirma ainda que, “de um modo geral, as teorias do envelhecimento bem-sucedido vêem o sujeito como pró-ativo, regulando a sua qualidade de vida através da definição de objetivos e lutando para os alcançar, acumulando recursos que são úteis na adaptação à mudança e ativamente envolvidos na manutenção-estar. Sendo assim – acrescenta – um envelhecimento bem-sucedido é acompanhado de qualidade de vida e bem-estar e deve ser fomentado ao longo dos estados anteriores do desenvolvimento”.

Rowe e Kahn (1987), citados por Almeida (2007:2), dizem que o envelhecimento bem-sucedido é multidimensional e comporta três componentes, a saber:

1. “Evitamento de doença e (...) presença/ausência e gravidade de fatores de risco para doenças crónicas, permitindo assim destacar, de entre os idosos em processo de envelhecimento “habitual” (sem doenças), um subgrupo “bem-sucedido” (com mais baixo risco) ”;
2. “Maximização das funções cognitivas e físicas”;
3. “Envolvimento/compromisso com a vida – i.e., a manutenção de atividades produtivas, de utilidade social, e de relacionamentos interpessoais”.

Mais tarde, os mesmos autores (1998), citados por Lima & Galhardoni (2008:1), assinalam três fatores que compõem o envelhecimento bem-sucedido: 1. “engajamento com a vida; 2. manutenção de altos níveis de habilidade funcionais e cognitivas e baixa probabilidade de doença; 3. incapacidade relacionada à prática de hábitos saudáveis para redução de riscos”.

Para Baltes & Baltes (1990), citados por Almeida (2007:7), “o envelhecimento bem-sucedido é um processo adaptativo que, através de uma estratégia de otimização seletiva com compensação, permite ao indivíduo gerir o balanço de perdas e ganhos (tendencialmente mais desfavorável com o aumento da idade) e assim – de forma ativa e idiossincrática – maximizar a eficácia no alcançar das metas (revistas), para si prioritárias, no contexto de inevitável redução de recursos/capacidades”.

Para Meire, o envelhecimento bem-sucedido está associado à conservação da saúde, à longevidade, à atividade, à satisfação, produtividade, capacidade cognitiva e competência social, capacidade de buscar e manter contacto e suporte social com familiares e amigos, às capacidades de autorregulação da personalidade, ao nível de motivação individual e à interação social.

Moura (2005:27) define o envelhecimento bem-sucedido “como a capacidade de adulto idoso apresentar um desempenho funcional igual ou apenas ligeiramente abaixo dos adultos jovens, preservando a eficiência adaptativa do seu organismo.

Finalmente, Guimarães (2013:1) defende que o envelhecimento bem-sucedido depende da utilização adequada de estratégias que permitam ao indivíduo lidar com as dificuldades e mudanças que ocorrem com a idade, traduzidas por um balanço positivo entre ganhos e perdas ao longo dos anos.

A expressão Envelhecimento Ativo surgiu com o Projeto de Política da Saúde “**Envelhecimento Ativo**”, da Organização Mundial de Saúde (2002), que consiste em promover a participação do idoso na “vida social, cultural, espiritual e cívica”, da conservação do seu estatuto social, da assunção de papéis familiares, sociais e ocupacionais, da conservação da autonomia e da independência, em suma, de um estilo de vida globalmente ativo. Lima & Galhardoni (2008:1) dizem que o envelhecimento ativo implica “saúde mental, independência de vida diária, integração social, suporte familiar e independência económica”.

A OMS (2005) define o envelhecimento ativo como o “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”. A OMS aponta ainda que o envelhecimento ativo pressupõe autonomia, independência, qualidade de vida e expectativa de vida saudável.

Segundo a mesma organização, esta forma de envelhecimento “permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do

curso da vida, e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho”.

Para Silva (2012:15) o envelhecimento saudável consiste na otimização do “bem-estar físico, social e mental durante a vida e, por isso, uma aposta na qualidade de vida enquanto se envelhece”. Segundo a mesma autora, citando Ballesteros (1999), afirma que “esta forma de envelhecimento consiste no “ótimo funcionamento físico, cognitivo, emocional e motivacional e uma grande participação social”. Pelo seu lado, Banza (2012:19) diz que o “envelhecimento ativo consiste na capacidade do idoso de manter a sua autonomia e de conduzir e lidar com as situações e decidir sobre a vida do dia-a-dia, mantendo os preceitos e as opções pessoais”. A mesma autora refere que a participação, o valor do idoso perante a sociedade, a capacidade para tomar decisões, a natureza dos cuidados de saúde e de apoio social e o lazer, são dimensões fundamentais para manter um envelhecimento saudável.

A OMS (2005) sublinha que existem vários fatores determinantes do envelhecimento ativo:

- Fatores determinantes transversais: cultura e género;
- Fatores determinantes relacionados aos sistemas de saúde e serviço social;
- Fatores comportamentais determinantes;
- Fatores determinantes relacionados a aspectos pessoais;
- Fatores determinantes relacionados ao ambiente físico;
- Fatores determinantes relacionados ao ambiente social;
- Fatores económicos determinantes.

Quanto aos fatores determinantes transversais, cultura e género, a OMS refere que “a cultura, que abrange todas as pessoas e populações, modela nossa forma de envelhecer, pois influencia todos os outros fatores determinantes do envelhecimento ativo”. Refere ainda no que diz respeito ao mesmo tipo de fatores que “em muitas sociedades, as mulheres jovens e adultas têm *status* social inferior e acesso mais restrito a alimentos nutritivos, educação, trabalho significativo e serviços de saúde. O papel tradicional das mulheres como responsáveis pelos cuidados com a família também pode contribuir para um aumento da pobreza e de problemas de saúde quando ficam mais velhas”.

Quanto aos fatores determinantes relacionados com os sistemas de saúde e serviço social, a OMS defende que “para promover o envelhecimento ativo, os sistemas de saúde [e os sistemas sociais] necessitam ter uma perspectiva de curso de vida que vise à promoção da saúde, prevenção de doenças e acesso equitativo a cuidado primário e de longo prazo de qualidade”.

Quanto aos fatores comportamentais determinantes destacam-se “a adoção de estilos de vida saudáveis e a participação ativa no cuidado da própria saúde”. (...) o envolvimento em atividades físicas adequadas, alimentação saudável, a abstinência do fumo e do álcool, e fazer uso de medicamentos sabiamente podem prevenir doenças e o declínio funcional, aumentar a longevidade e a qualidade de vida do indivíduo”.

7. Velhice e Bem-Estar Subjectivo

Bem-estar, bem-estar material, bem-estar global, bem-estar psicológico, bem-estar subjetivo e qualidade de vida são conceitos recorrentes que convém esclarecer e delimitar antes de entrarmos na singularidade do bem-estar subjetivo que é o que nos interessa particularmente para este estudo.

As preocupações sobre o bem-estar remontam ao Iluminismo do século XVIII que “defendia que o propósito da existência da humanidade é a vida em si-mesma, em vez do serviço ao Rei ou a Deus”, conforme nos relatam Galinha e Ribeiro (2005:4). Os mesmos autores acrescentam que “o desenvolvimento pessoal e a felicidade tornaram-se valores centrais” uma vez que “a sociedade é vista, pela primeira vez, como um meio para proporcionar aos cidadãos a satisfação das suas necessidades para uma vida boa”.

Mais adiante ainda Galinha & Ribeiro sublinham que esta mesma ideia é defendida pelo Utilitarismo do século XX, segundo o qual “a melhor sociedade é aquela que providencia a melhor Felicidade para o maior número de pessoas”.

Foi este Utilitarismo que viria a influenciar os estados da Europa Ocidental, sobretudo a seguir à Segunda Guerra Mundial, dando origem àquilo que ficou conhecido pela designação de Estado-Providência ou Estado-Social.

A implementação deste tipo de Estados seria marcada por profundas transformações operadas no seio das sociedades capitalistas mais avançadas – alguns Estados da Europa Central, Europa do Norte e Estados Unidos. Estes Estados

começaram a ser aqueles que viriam a proporcionar melhor bem-estar e melhor qualidade de vida aos seus cidadãos. São de realçar os seguintes aspectos:

- melhores salários e melhores condições de trabalho, resultantes do poder arbitral do Estado;

- implementação de direitos para crianças, desempregados, idosos, reformados e famílias carenciadas;

- criação de serviços e bens gratuitos ou fortemente subsidiados tais como educação, saúde, serviços sociais, habitação, transportes urbanos, atividades culturais, atividades de tempos livres, etc.

Com a generalização do Estado-Providência ou Estado-Social a seguir à II Guerra Mundial acentua-se cada vez mais a procura de bem-estar, bem-estar material e qualidade de vida.

As primeiras abordagens destes conceitos sublinhavam sobretudo a sua dimensão material (Welfare), identificando bem-estar e qualidade de vida com o rendimento económico. Neste sentido o conceito de bem-estar material consistiria na “avaliação feita pelo indivíduo ao seu rendimento ou, de um modo mais geral, à contribuição dos bens e serviços que o dinheiro pode comprar” (Galinha & Ribeiro, 2005:6).

Mais tarde estenderam-se os conceitos de bem-estar e de qualidade de vida a outras dimensões tais como relações sociais e familiares, satisfação com o trabalho, liberdade e saúde, entre outros. Com efeito, para Lehr (1999), citado por Moser (2008:11583) "não é somente importante acrescentar anos à vida, mas, também, acrescentar vida aos anos". Nesse mesmo sentido, o mesmo autor citando Costa (2001) afirma que mais importante do que ter a existência prolongada é envelhecer com dignidade e qualidade de vida (11584).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, entende-se por **qualidade de vida** “a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores, nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e ocupações. Trata-se de um conceito amplo influenciado de maneira complexa pelas relações sociais e pela interação com o meio ambiente” (Marconcin, 2009:19).

De acordo com vários especialistas da OMS, oriundos de várias culturas, a expressão qualidade de vida traduz-se em três aspectos fundamentais: “a subjetividade, a multidimensionalidade (inclui pelo menos as dimensões física, psicológica e social) e

a bipolaridade (presença de dimensões positivas e negativas)” (Kluthcovsky & Takayanagui, 2007:14).

Segundo nos relatam as mesmas autoras o termo foi mencionado pela primeira vez por Pigou em 1920, mas só começou a ser usado na literatura científica a partir de 1964 quando Lyndson Johnson, então Presidente dos EUA, declarou que “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas”, fazendo, com isso, alusão ao fato deste termo não se restringir apenas ao poder aquisitivo (Kluthcovsky & Takayanagui, 2007:14).

O termo tornou-se sinónimo de sucesso e a ter uma conotação “associada à melhoria do padrão de vida, principalmente relacionado com a obtenção de bens materiais, como casa própria, carro, salário, e bens adquiridos”. Segundo as mesmas autoras foi usado para criticar políticas economicistas fundamentadas no crescimento económico sem limites.

Com o decorrer dos tempos o conceito qualidade de vida passou a estar associado a desenvolvimento social, educação, saúde, lazer, realização pessoal, satisfação com a vida, acesso a bens culturais, bem como a felicidade, solidariedade e liberdade (Kluthcovsky & Takayanagui, 2007:14). O termo foi ganhando assim contornos simultaneamente objetivos e subjetivos.

As mesmas autoras sublinham ainda a relatividade do conceito, na medida que ele varia em função do tempo histórico, da cultura e da classe social. Quanto ao tempo histórico, a qualidade de vida varia de época para época dentro da mesma sociedade. No que diz respeito à cultura, a qualidade de vida varia de uma sociedade para outra, da mesma forma que varia de classe para classe social no seio da mesma sociedade.

Teixeira (2010:12) afirmar que “o conceito de Qualidade de Vida foi introduzido na área da saúde aquando da mudança da abordagem da saúde, de uma ênfase biomédica da saúde, para uma ênfase biopsicossocial”. Este conceito – refere o mesmo autor – apareceu no início da década de 90, definido pelo grupo WHOQOL (instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde), quando se começou para reconhecer a sua importância para a promoção da saúde física e mental e para o Bem-Estar social das pessoas. Associado ao conceito surgiu a necessidade de criar instrumentos da sua avaliação com base científica. A criação desta equipa partiu da iniciativa da OMS (Organização Mundial de Saúde) que reuniu um

grupo de peritos de diversas culturas, para responder a esta necessidade (Canavarro, Simões, Pereira & Pintassilvo (2005), citados por Teixeira, 2010:14).

Silva (2009:30), de acordo com Ribeiro (2005), afirma que os primeiros estudos sobre Qualidade de Vida procuraram definir os domínios decisivos para a Qualidade de Vida. Campbell et al (1976), citados por Silva (2009: 30), identificaram doze domínios ou dimensões para definir a QdV: “comunidade, educação, vida familiar, amizades, saúde, habitação, casamento, vizinhança, *self*, padrão de vida e trabalho” mas adiante, Silva refere que vários estudos apontam outros domínios, concluindo que a saúde é o que define melhor a QdV. Donald (1997), citado por Guiomar (2010:9-10), formulou cinco classes gerais para definir a Qualidade de Vida:

- “- Bem-estar físico;
- “- Relações Interpessoais (família, amigos e participação da comunidade);
- Desenvolvimento pessoal;
- Atividades espirituais e transcendentais;
- Atividades recreativas (socialização, entretenimento ativo e passivo”.

A OMS (1998), citada por Guiomar (2012:10) definiu qualidade de vida como a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais se insere em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Teixeira (2010:13) refere que, com os avanços da investigação, sobretudo do grupo WHOQOL, “a Qualidade de Vida passa a ser vista como um sentimento do Bem-Estar pessoal, associada a determinados indicadores objetivos, nomeadamente biomédicos, psicológicos e sociais, e indicadores subjetivos, pois tem em conta a opinião que cada indivíduo possui sobre a satisfação com sua vida”.

Quanto à Qualidade de Vida dos Idosos, Jacob (2007), citado por Teixeira (2010:14), a partir de vários estudos sobre a Qualidade de Vida dessa faixa etária observou os seguintes determinantes: “a) possuir autonomia para executar as atividades do dia-a-dia; b) manter uma relação familiar e/ou com o exterior regular; c) ter recursos económicos suficientes; d) realizar atividades lúdicas e recreativas constantemente”.

Flek e col (2003) investigadores do projeto WHOQOL-OLD realizaram um estudo cujos objetivos consistiram na avaliação das condições que permitem uma boa Qualidade de Vida. Através dos Idosos entrevistados constataram que estes indivíduos mostraram uma propensão para associar Qualidade de Vida a Bem-Estar. Verificaram

ainda que quase todos os idosos associam a Qualidade de Vida à “saúde, sociabilidade, suporte social, atividade física, possibilidade de dar suporte e apoio e sentimento de utilidade” (Teixeira, 2010:14).

Através dos parágrafos anteriores podemos afirmar que o conceito de Qualidade de Vida é multidimensional e está associado ao Bem-Estar e é traduzido por várias dimensões, entre as quais destacamos as seguintes: económicas, sociais, biológicas e psicológicas.

Importa agora debruçarmo-nos sobre o conceito de bem-estar subjetivo.

Giacomoni & Hutz (2006:236) afirmam que o “Bem-estar subjetivo é definido como a avaliação cognitiva e afetiva que a pessoa faz sobre a própria vida”. Os mesmos autores, de acordo com Diener, Lucas & Oishi (2005), acrescentam logo a seguir que “essa avaliação inclui as reações emocionais aos eventos, assim como os julgamentos cognitivos de satisfação para com a própria vida. Sendo assim, bem-estar subjetivo é um conceito amplo que inclui experienciar emoções prazerosas, baixos níveis de afeto negativo e altos níveis de satisfação de vida”. De acordo com os mesmos autores o afeto constitui “o segundo componente do bem-estar subjetivo, é composto pelas respostas afetivas das pessoas, incluindo afetos prazerosos e desprazerosos” (2006:236).

O conceito de Bem-Estar Subjetivo é comumente aceite como multidimensional, mas Lawton, Kleber & Dicarlo (1984) identificaram três fatores que consideram nucleares e comuns a todos os estudos realizados: o afeto positivo, o afeto negativo e a congruência entre os objetivos desejados e os objetivos atingidos (Silva, 2009:46). Giacomoni & Hutz (2006:236) sublinham, a este propósito, que “segundo Watson, Clark e Tellegen (1988), duas dimensões consistentes emergem nos estudos sobre a estrutura afetiva ao longo das culturas: afeto positivo e afeto negativo. O afeto positivo reflete o quanto uma pessoa está sentindo-se entusiástica, ativa e alerta, enquanto o afeto negativo é uma dimensão geral da angústia e insatisfação, o qual inclui uma variedade de estados de humor aversivos, incluindo raiva, culpa, desgosto, medo”.

Para Galinha e Ribeiro (2005), citados por Fernandes (2011:5) afirmam que existem três elementos fundamentais na questão do bem-estar: é subjetivo porque pertence ao âmbito da experiência particular, em segundo lugar afirmam que o bem-estar envolve uma dimensão pessoal da vida como um todo, mas também com as suas particularidades; finalmente o bem-estar inclui a avaliação dos afetos positivos e negativos (emoções, sentimentos e humor).

Diener (2000), citado por Fernandes (2011:4), “define Bem-Estar Subjetivo como sendo a avaliação que a própria pessoa faz da sua vida, podendo ser dividido em dois itens, o aspecto cognitivo e o aspecto afetivo. Acrescenta depois que “o aspecto cognitivo diz respeito ao julgamento da satisfação com a própria vida em geral ou em domínios específicos (como a capacidade física e mental ou os relacionamentos sociais)”, enquanto “o aspecto emocional diz respeito ao equilíbrio entre afetos positivos e afetos negativos”.

Segundo a mesma autora, há quem defina o Bem-Estar Subjetivo como sinónimo de auto-estima; outros como ausência de depressão; outros ainda como sinónimos de ânimo ou de satisfação. É por isso que Silva (2009:6) afirma que se não existe consenso em relação ao conceito de Bem-Estar, o acordo é ainda mais difícil quanto à forma de o medir. A mesma autora afirma que os conceitos de ânimo, satisfação com a vida ou ausência de depressão, são distintos, mas são muitas vezes usados como termos equivalentes. Segundo Wenger (1992), citado por Silva (2009:46), o Bem-Estar subjetivo é composto pelo ajustamento e satisfação com a vida, considerando estes termos virtualmente indistinguíveis.

Vejamos agora o que se passa com os idosos no que diz respeito a este conceito. Fernandes (2011:10), em relação a esta faixa etária, afirma que o Bem-Estar Subjetivo ocorre quando os indivíduos sentem prazer e satisfação com a própria vida. Por sua vez Myers & Diener (1995), citados por Silva (2009:47), referem que o afeto positivo e o afeto negativo estão correlacionados.

“Ainda na busca de melhor descrever o conceito, diversos estudos (Diener et al., 1997; Diener et al., 1999; Diener & Lucas, 2000) tiveram como objetivo identificar a constituição do bem-estar subjetivo, e chegaram a dois componentes: julgamento global de satisfação com a vida, ou com domínios específicos dela, e experiências emocionais positivas e negativas. A satisfação com a vida é um componente cognitivo e os afetos positivos e negativos representam a dimensão das emoções” (Hernandez, 2007:18).

Lawton (1983), citado por Silva (2009:49), defende que a pessoa idosa se torna cada vez mais sensível ao meio ambiente, sendo este, por isso, um agente importante na promoção do seu Bem-Estar. Por sua vez, Paúl (1992), citado pela mesma autora, afirma que

“o Bem-Estar dos idosos tem de fato a ver com atitudes, traços de personalidade, estados de humor e mais ainda com o ambiente em que os indivíduos

se desenvolveram e vivem, numa combinação única que é a sua história de vida. Só a partir de uma análise transacional da unidade ecológica pessoa/ambiente seremos capazes de compreender o Bem-Estar subjetivo dos idosos que envelhecem nos diferentes cenários” (2009:49).

Por sua vez, Strawbridge, Wallhagen e Cohen (2002), citados por Fernandes (2011:5), defendem que o Bem-Estar Subjetivo constitui um critério fundamental para uma velhice bem-sucedida, ao mesmo tempo que é um fator fulcral para a promoção da Qualidade de Vida. Fernandes (2011:5) sublinha que para avaliar esta Qualidade de Vida é necessário ter em conta indicadores objetivos do idoso, tais como recursos económicos e ainda indicadores psicossociais que incluem critérios de julgamento pessoal do Bem-Estar.

Por outro lado, Pereira (1997), Diener, Suh, Lucas & Smith (1999), citados por Fernandes (2011:5), afirmam que o Bem-Estar Subjetivo é indissociável de um envelhecimento saudável, sublinhando ainda que é um indicador da saúde mental, sinónimo de felicidade, de ajuste e de integração social. Acrescentam ainda que esse Bem-Estar se associa negativamente aos sintomas depressivos e às doenças físicas. Por isso mesmo, os mesmos autores concluem que o Bem-Estar Subjetivo traduz um nível elevado de adaptação do idoso face ao seu próprio envelhecimento. Na mesma ordem de ideias Agulló (1999), citado por Guedea et al (2006:3-4), afirma que “as teorias físico-biológicas e psicológicas do envelhecimento indicam que o idoso precisa adaptar-se a situações sociais e condições físicas típicas da terceira idade”, uma vez que o envelhecimento é caracterizado por uma perda gradual das capacidades funcionais do indivíduo, o que compromete a sua autonomia.

Segundo Gracia (1997), citado por Guedea et al (2006:3), o Bem-Estar subjetivo do idoso está associado a um envelhecimento saudável. Com efeito, segundo Serafim (2007), citado pelo mesmo autor, o Bem-Estar do idoso depende de bons hábitos alimentares, da supressão do consumo de álcool e de tabaco e da prática regular de atividade físicas. A mesma autora acrescenta que os idosos praticam, cada vez mais, atividades físicas, o que favorece a comunicação e os sentimentos e as emoções gratificantes, ao mesmo tempo que evitam doenças associadas ao sedentarismo. Mais adiante, a autora sublinha que as atividades físicas são um ótimo meio de integração social, promotor de convívio, uma vez que melhoram o relacionamento com os outros, o que permite suplantir ou reduzir a solidão e o isolamento. Por isso as atividades físicas não só contribuem para a saúde física, mas também para a saúde psicológica, através do

incremento dos contactos sociais. Por outro lado, a atividade física constitui uma forma excelente de ocupação dos tempos livres, que são acrescidos devido a aposentação.

Podemos sublinhar, segundo a autora, que a atividade física contribui para o Bem-Estar do idoso, devido ao seu impacto na sociabilidade e na saúde biológica e psicológica.

Finalmente, podemos concluir que o Bem-Estar do idoso depende de uma grande variedade de fatores, dos quais destacamos os contributos de uma alimentação saudável, de atividade física regular, de uma boa rede de relações sociais, do apoio dos familiares e de uma situação económica confortável.

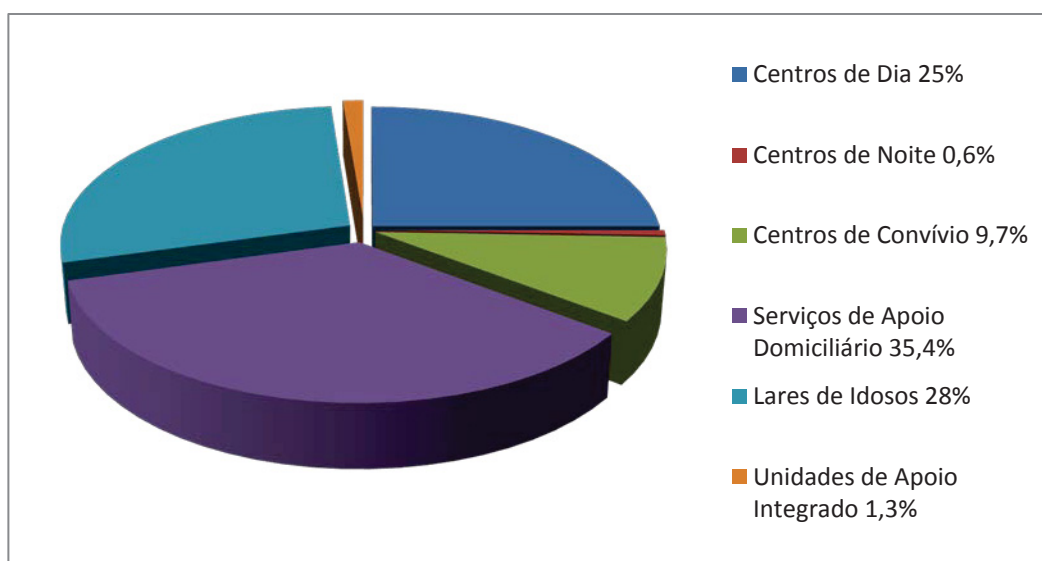
8. Centros de Dia e Bem-Estar Subjectivo

O Bem-Estar e a Qualidade de Vida pressupõem, como já assinalámos mais atrás, uma série de condições e de contextos, de entre as quais devemos destacar as redes de apoio social de que os Centros de Dia e outras estruturas de apoio aos idosos fazem parte. Este conjunto de instituições, associadas na sua origem à área da saúde mental, sob a designação de *Community Care*, apresentou-se como uma iniciativa dissidente face à modalidade de prestação de serviços em contexto institucional. A intensão fundamental consistia, e ainda consiste, em manter o idoso no seu domicílio, para que possa manter as suas redes de relações sociais, da família e dos amigos em particular, evitando desta forma a institucionalização que constitui uma quebra profunda nos seus hábitos e rotinas.

A Rede de Serviços e Equipamentos Sociais, tal como vem expresso no documento com o título Protecção Social a Idosos (2012) são as seguintes: Serviços de Apoio Domiciliário; Lares de Idosos, e Centros de Dia, Centros de Noite, Centros de Convívio, Serviços de Apoio Domiciliário e Unidades de Apoio Integrado³.

³. Documento da “Rede de Serviços e Equipamentos Sociais” – Protecção Social a Idosos (2011).

Quadro nº 3. Redes de Serviços e Equipamentos Sociais



Estas instituições, sublinha Sequeira (2013:33), citando o Instituto de Segurança Social (2013), fazem parte do

“sistema de solidariedade e segurança social [que] integra os subsistemas de protecção social e cidadania (visa assegurar direitos básicos, garantir a igualdade de oportunidades, direito a mínimos vitais dos cidadãos em situação de carência económica, prevenção e erradicação de situações de pobreza e exclusão, promover o bem-estar e a coesão social); sistema de protecção à família (garantir a compensação de encargos familiares acrescidos quando ocorram eventualidades legalmente previstas); subsistema previdencial (compensar a perda ou redução de rendimentos de atividade profissional quando ocorram eventualidades legalmente previstas) ”.

Castiello (1996), citado por Sequeira (2013:33) resume assim os

“principais objetivos desta estrutura comunitária: (i) recuperar ou manter ao máximo o grau de autonomia individual que permitam as potencialidades do individuo; (ii) prevenir o incremento da dependência através realização de intervenções reabilitadoras; (iii) ser um meio facilitador do desenvolvimento de relações e atividades sociais gratificantes para o sujeito; (iv) retardar as institucionalizações precoces e indesejadas; (v) promover a permanência do individuo no seu meio; (vi) proporcionar a realização de atividades básicas da vida quotidiana fornecendo apoio ao adulto idoso, assim como aos elementos pertencentes ao seu núcleo familiar; e por último, (vii) melhorar e manter o nível de saúde aos utilizadores através do controlo e prevenção de doenças”.

O documento Protecção Social a Idosos (2012) sublinha que “para a população idosa as valências mais estruturantes, i.e. com maior capacidade de resposta e nas quais tem sido realizada uma maior aposta em termos de investimento e de apoio público ao funcionamento, são: Serviço de Apoio Domiciliário, Lar de Idosos e Centro de Dia”, com as quais o Estado financia mensalmente os cuidados prestados a mais de 155.800 pessoas.

Segundo Castiello (2003), citado por Silva (2013:31), “o alicerce dos centros de dia remonta aos anos 20, na Rússia, onde se iniciam programas de cuidados diurnos dirigidos a pessoas com doença mental, cujo principal objetivo terá sido encontrar alternativas ao processo de internamento hospitalar”. No entanto, é nos Estados Unidos que os Centros de Dia surgem de forma significativa a partir dos anos 60, inspirados no movimento de desinstitucionalização, sobretudo de natureza psiquiátrica.

Silva (2013:31) define Centro de Dia como um recurso intermédio “que veio colmatar uma dicotomia existente nos serviços de apoio, que, por um lado, se baseavam nos cuidados domiciliários e, por outro lado, nos cuidados residenciais”. Sequeira (2013:34), baseada na legislação sobre a segurança social, define Centro de Dia como uma instituição que se destina a prestar determinados serviços aos idosos, tais como os de natureza social, cultural, recreativa e educativa, possibilitando-lhes manter os laços de proximidade com o seu meio social e familiar.

O Centro de Dia é uma instituição extremamente importante para promover um envelhecimento ativo, na medida que ao estimular relações sociais e atividades ocupacionais, tais como as artesanais, a informática, as estéticas, os jogos, os passeios e a atividade física, entre outras, evitam o isolamento e a tendência frequente para a tristeza, o isolamento e a depressão, que são frequentes nesta fase da vida.

Parte II - Estudo Empírico

O nosso estudo empírico realiza-se no Centro Social do Lídador em Beja, por isso consta do capítulo a seguir.

1. O Centro Social do Lídador

Segundo a Câmara Municipal de Beja, “O Centro Social do Lídador é uma extensão da Casa do Idoso, da rua onde mora, um prolongamento das relações de vizinhança tão características do nosso Alentejo, para conviver com outros idosos e com outras gerações, nomeadamente crianças e onde lhe é prestado um acompanhamento em ambiente semi-familiar, ouvindo os seus problemas, contribuindo para os resolver, de forma direta ou através de encaminhamento” (CMB, 2011:1). Mais adiante esclarece que se trata de “um projeto estruturante, enquadrado na primeira linha de orientação do Plano de Desenvolvimento Social do Concelho de Beja, cujo fim é a «Criação, extensão e qualificação de equipamentos e serviços de apoio social» ” (CMB, 2007:1).

Os seus objetivos constam no artigo 2º do Regulamento do Centro, a saber:

“a) Criar condições que permitam melhorar a qualidade de vida do idoso, sendo considerado como tal, para efeitos do presente regulamento, o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos e ou o indivíduo em situação de reformado ou pensionista.

“b) Minimizar o isolamento, solidão e dependência, através da animação sócio – cultural como forma de promoção social e pessoal destes cidadãos, cujo papel ainda é socialmente desvalorizado.

“c) Contribuir para a integração social deste grupo etário, valorização da auto-estima e mudança de atitude, trabalhando a sua imagem social através de atividades de animação e ocupação.

“d) Valorizar, numa perspectiva intergeracional, o aproveitamento e transmissão de saberes da população idosa, quer nas áreas das atividades tradicionais, quer com novas experiências, criando ateliers polivalentes em interação com as escolas.

“e) Recolher o capital de memória desta população como forma de defesa e preservação de uma identidade cultural local.

“f) Contribuir para o reforço e consolidação das redes de apoio social já existentes, estruturando uma parceria local por forma a rentabilizar os recursos vocacionados para esta população-alvo.

“g) Promover o intercâmbio com todas as escolas, em particular as escolas profissionais com áreas de formação relacionadas com os objetivos do Centro, de modo a estimular a fixação dos jovens, reforçando localmente o mercado social de emprego, através da disponibilização de espaços de aplicação dos seus conhecimentos e de desenvolvimento das suas capacidades.

“h) Promover e rentabilizar o voluntariado social” (CMB, 2007:1)

Quanto à sua história, devemos sublinhar que o Centro foi fundado em 2007, escolhendo-se para tal uma data simbólica, o 1º de Outubro, que é o Dia Internacional do Idoso.

Deve ser também ainda indicado que o CSL tem 1.157 idosos inscritos, mas destes, os que frequentam regularmente o Centro são entre 150 e 200 idosos.

Desde o início que o Centro se propõe ser um espaço polivalente cujo “ programa de atividades regulares a oferecer aos utentes contempla, entre outras áreas, uma forte aposta no ensino do manuseamento das novas tecnologias da informação. Uma aposta que servirá para combater o isolamento dos idosos que, através da Internet, podem construir novas amizades e abrir uma janela de novas oportunidades que tem o mundo como horizonte”. Mais adiante o mesmo *site* acrescenta que uma das atividades centrais

a desenvolver consiste na “promoção do gosto pela atividade física, em gerações cujos hábitos são marcadamente sedentários [e que esta] é outra das linhas de ação propostas pela equipa técnica do Centro Social do Lيدador. Nesta extensão da sua própria casa, os idosos e reformados serão encorajados a praticar ginástica, hidroginástica, caminhadas e passeios ao ar livre.

Para além destas atividades, outras existem de natureza regular ou irregular. As atividades de natureza regular estruturam-se em ateliês dirigidos aos seus utentes:

- bainhas abertas; costura, croché e tricot; renda de bilros; alfabetização; artes decorativas; arraiolos; bordados de castelo; canto, informática.

Quanto à sua estrutura, o Centro é constituído por uma equipa técnica, coordenada por um(a) coordenador/a que funcionará na dependência direta do Gabinete de Desenvolvimento Social – Equipa Multidisciplinar de Desenvolvimento Social.

Deve assinalar-se também que o Centro fornece refeições a preços controlados aos seus utentes.

Deve sublinhar-se ainda que os seus utentes, para serem admitidos, têm que preencher os seguintes requisitos: a pessoa deve ser reformada ou pensionista, autónoma e residir no Concelho de Beja.

2. Enquadramento Metodológico

Um projeto de investigação que pretenda ter uma dimensão de intervenção na realidade, que pretenda influenciar o destino desta ou, mais modestamente, apenas alguns aspectos dele, necessita de adotar uma metodologia adequada, de forma que os meios e os fins se ajustem para produzir um trabalho com um valor acrescentado.

Foi assim que, para o cumprimento do objetivo geral da nossa tese, que consiste em compreender a importância e o contributo de um Centro de Dia para o Bem-Estar Subjetivo dos Idosos, entendemos que o mais adequado consistiria em escolher uma metodologia de investigação para a ação.

A nossa abordagem assenta, deste modo, num modelo de investigação de natureza quali-quantitativa tendo sido utilizadas técnicas adequadas à singularidade desta investigação. A natureza qualitativa da investigação prende-se com o enquadramento teórico que fizemos da problemática relativamente à problemática central da nossa tese. A nossa recolha de dados foi realizada a partir do inquérito por questionário que aplicámos à nossa amostra, do qual constam essencialmente questões orientadas para o conhecimento do papel do Centro Social do Lídador no Bem-estar dos seus utentes, com o intuito de propor um projeto de intervenção que corresponda às expectativas dos idosos.

2.1 Problemática

A problemática fundamental do nosso trabalho centra-se no Bem-estar Subjetivo dos idosos e nos contributos dos Centros de Dia para esse fim. Com efeito, a criação de Centros de Dia desempenha um papel social muito importante, dado que favorece a interação dos idosos, o que contribui de forma significativa para quebrar o isolamento que é muito frequente na terceira idade. Estes centros, para além do convívio, prestam

ainda serviços ocupacionais que, de certa forma, vêm preencher o vazio criado com a aposentação e com ela o sentimento de inutilidade. Pensamos que o nosso estudo vem mostrar com bastante acuidade essa relação de causa-efeito entre frequência de Centro de Dia-Bem-Estar Subjetivo, reforçando outros estudos que vão no mesmo sentido, o que nos conduz à possibilidade de extrapolação que pode e deve contribuir para uma aposta muito maior neste tipo de apoio social por parte dos poderes públicos.

2.2. As Técnicas de Recolha de Dados

Quanto às técnicas de recolha de dados a utilizar, Guerra diz que estas “dependem do contexto em que se realiza o estudo, sendo de considerar a existência ou não de informações já recolhidas, as características do grupo-alvo (...), do tempo e do financiamento disponíveis, etc.” (2006:67). Neste sentido, para a concretização do nosso trabalho, decidimos utilizar o método do inquérito por questionário. A opção deveu-se à natureza específica do público-alvo: este é muito diversificado e participa em várias atividades, o que nos orientou para uma amostra variada e de volume considerável, de forma a ser o mais representativa possível. Ora, dada a dimensão da amostra e o tempo disponível para a realização do diagnóstico, pareceu-nos que o inquérito por questionário seria o mais adequado.

Para melhorarmos o nosso instrumento de recolha de dados efetuámos a aplicação de um pré-teste a vinte idosos. Em função das respostas obtidas, das dificuldades encontradas pelos informantes e de perguntas desajustadas, foi necessário corrigir alguns aspectos do questionário, nomeadamente no que diz respeito às habilitações, ou ao estado civil (não existiam uniões de fato) ou ao número de vezes que os utentes frequentam por mês e semana o Centro Social do Lيدador, ou à redundância de questões que, por isso, se prestavam à confusão, entre outros aspectos.

2.3. Definição da Amostra

A população-alvo da nossa pesquisa é toda a população idosa, reformada e ou pensionista, autónoma, que frequenta o Centro e ou as suas atividades.

Quanto à definição da amostra, optou-se pelo “método de amostragem não casual por conveniência, que começámos por aplicar no pré-teste. A escolha deste método de

amostragem tem vantagens e desvantagens também. Com efeito, Hill & Hill (2012:49) dizem que este tipo de amostragem não é muito aconselhável para extrapolar para o Universo. Contudo, é um método conveniente quando se dispõe de pouco tempo para realizar a recolha de dados, dado que “tem vantagem por ser rápido, barato e fácil”, o que é aconselhável para a nossa pesquisa, porque coincide com as restrições em que esta se desenrola. Deste modo definimos por inquirir 50 utentes, garantindo a aplicação dos questionários a frequentadores das várias atividades e ainda aos idosos que não praticam nenhuma delas, procurando assim garantir ao mesmo tempo a proporcionalidade e a representatividade.

3. Análise e Discussão dos Resultados

Dado que o instrumento de recolha de dados consistiu num inquérito por questionário, considerámos que o mais adequado para o tratamento dos mesmos seria a utilização do SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). A aplicação deste programa permitiu-nos quantificar as respostas, traduzidas em Tabelas e Gráficos, tal como veremos a seguir. Com efeito, o presente capítulo tem como objetivo apresentar o resultado e a análise relativa aos inquéritos por questionário e analisar realizados aos utentes do Centro Social do Lidador, com objetivo de compreender de que forma a instituição contribui para o Bem-estar dos utentes.

Neste contexto, a análise divide-se em quatro partes, a primeira parte tem como objetivo caracterizar os inquiridos, relativamente ao género, idade, habilitações, situação profissional, estado civil e agregado familiar. A segunda parte diz respeito ao grau de satisfação do bem-estar dos inquiridos em relação à profissão exercida, à sua situação económica, habitacional, de saúde, e relações sociais. Na terceira parte, serão analisados os dados referentes à participação dos utentes nas atividades promovidas pelo Centro Social do Lidador. Por, último, a quarta parte, refere-se ao contributo do Centro Social do Lidador para o bem-estar dos utentes.

Caracterização dos inquiridos

Na primeira parte do questionário, procurou-se identificar os inquiridos relativamente a vários itens, nomeadamente no que diz respeito ao género, idade,

habilitações, situação profissional, estado civil e agregado familiar.

Tabela nº 1: Género

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Feminino	39	78,0	78,0	78,0
Masculino	11	22,0	22,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Em relação ao género podemos verificar que foram inquiridos 39 mulheres (78%) e 11 homens (22%) como se pode constatar através da tabela número 1, referente ao género.

Tabela nº 2: Idade

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
55-60	1	2,0	2,0	2,0
61-65	5	10,0	10,0	12,0
66-70	14	28,0	28,0	40,0
71-75	15	30,0	30,0	70,0
76-80	10	20,0	20,0	90,0
81-85	4	8,0	8,0	98,0
81-85	1	2,0	2,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

No que diz respeito à idade pode-se verificar na tabela número 2 que os grupos etários predominantes na amostra são o grupo dos 66 aos 70 anos e o grupo dos 71 aos 75 anos (15 utentes) e o dos 66 aos 70 anos (14 utentes), o que se traduz, nomeadamente, em 30% e 28% da amostra. Seguidamente o grupo dos 76 aos 80 anos representa 20% dos inquiridos, ou seja, 10 utentes. O grupo dos 61-65 é constituído por 5 utentes (10%), ao grupo dos 81-85 anos pertencem 4 idosos (8%) e os grupos dos 55 aos 60 anos e dos 81 aos 85 anos são igualmente compostos por 1 utente (2%).

Tabela nº 3: Habilitações

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
1. Não sabe ler nem escrever	4	8,0	8,0	8,0
Sabe ler e escrever	5	10,0	10,0	18,0
1º Ciclo	28	56,0	56,0	74,0
2º Ciclo	5	10,0	10,0	84,0
3º Ciclo	3	6,0	6,0	90,0
Ensino Secundário	4	8,0	8,0	98,0
Licenciatura	1	2,0	2,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Em relação às habilitações literárias pode observar-se na tabela nº 3 que 28 inquiridos (56%) possuem o 1º ciclo, 5 utentes (10%) sabem ler e escrever, igualmente, 5 idosos (10%) concluiu o 2º ciclo, 4 inquiridos (8%) não sabem ler nem escrever e outros 4 (8%) terminaram o ensino secundário. Por último, 3 utentes (6%) têm o 3º ciclo e 1 inquirido (2 %) finalizou a licenciatura.

Tabela nº 4: Profissão

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Funcionário público	9	18,0	18,0	18,0
Doméstica	8	16,0	16,0	34,0
Costureira	8	16,0	16,0	50,0
Motorista	6	12,0	12,0	62,0
Secretaria	6	12,0	12,0	74,0
Hotelaria	5	10,0	10,0	84,0
Empregada de limpeza	4	8,0	8,0	92,0
Agricultor	3	6,0	6,0	98,0
jardineiro	1	2,0	2,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Relativamente à profissão exercida podemos constatar que 9 utentes (18%)

foram funcionários públicos, 8 utentes (16%) exerceram a ocupação de costureira, assim como outras 8 (16%) eram domésticas. Observa-se através da tabela número 4, que 6 utentes (12%) desempenharam a função de motorista e outros 6 idosos (12%) exerceram atividades de secretariado. A atividade hoteleira foi exercida por 5 dos inquiridos (10%), 4 utentes (8%) foram empregadas de limpeza, 3 (6%) estiveram ocupados na agricultura, e 1 (2%) foi jardineiro.

Tabela nº5: Situação Profissional

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Reformado	41	82,0	82,0	82,0
Pensionista	8	16,0	16,0	98,0
Desempregado	1	2,0	2,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Quanto à situação profissional 41 utentes (82%) encontram-se reformados, 8 idosos (16%) são pensionistas e 1 utente (2%) encontra-se desempregado como se pode confirmar na tabela número 5.

Tabela nº 6: Estado Civil

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Viúvo	24	48,0	48,0	48,0
Casado	22	44,0	44,0	92,0
Solteiro	2	4,0	4,0	96,0
Divorciado	2	4,0	4,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Verifica-se através da tabela número 6, que no que diz respeito ao estado civil, 24 inquiridos (48%) são viúvos, 22 (44%) estão casados, 2 utentes (4%) são solteiros e 2 (4%) encontram-se divorciados.

Tabela nº 7: Filhos

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Sim	46	92,0	92,0	92,0
Não	4	8,0	8,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Relativamente aos filhos verifica-se que 46 utentes (92%) têm filhos, como se observa na tabela número 7.

Dos 50 inquiridos, 24 (48%) têm 2 filhos, 14 (28%) têm 1 filhos, 5 (10%) possuem 3 filhos e 2 utentes (4%) têm 4 filhos, tal como se confirma na tabela seguinte (tabela número 8).

Tabela nº 8: Número de Filhos

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
2	24	48,0	48,0	48,0
1	14	28,0	28,0	76,0
3	5	10,0	10,0	86,0
N/A	5	10,0	10,0	96,0
4	2	4,0	4,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

No que diz respeito à dependência dos filhos, 46 utentes (92%) afirmaram não ter nenhum filho dependente, 3 inquiridos (6%) responderam ter 1 filho dependente e 1 idoso relatou ter 2 filhos dependentes.

Tabela nº 9: Filhos dependentes

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Nenhum	46	92,0	92,0	92,0
1	3	6,0	6,0	98,0
2	1	2,0	2,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Grau de Satisfação e Bem-estar dos Inquiridos

Na segunda parte do questionário foram colocadas várias questões no sentido de avaliar o grau de satisfação dos inquiridos face a uma série de aspectos que passamos a descrever.

Tabela nº 10: Satisfação com a profissão que exercia

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Satisfeito	27	54,0	54,0	54,0
Muito Satisfeito	18	36,0	36,0	90,0
Pouco Satisfeito	3	6,0	6,0	96,0
Insatisfeito	2	4,0	4,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

No que diz respeito à satisfação com a profissão que exercia, 27 (54%) utentes revelaram estar satisfeitos, enquanto 18 utentes (36%) disseram que se sentiam muito satisfeitos, 3 (6%) responderam pouco satisfeito e 2 (4%) insatisfeito (ver tabela nº 10).

Tabela nº 11: Satisfação com a situação económica

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Satisfeito	22	44,0	44,0	44,0
Pouco Satisfeito	19	38,0	38,0	82,0
Insatisfeito	5	10,0	10,0	92,0
Muito Satisfeito	4	8,0	8,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Quanto ao grau de satisfação com a situação económica, 22 utentes (44%) responderam estar satisfeitos, 19 (38%) disseram que se sentiam pouco satisfeitos, 5 (10%) revelaram que estavam insatisfeitos e 4 (8%) que se sentiam muito satisfeitos.

Tabela nº 12: Satisfação com a habitação

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Satisfeito	31	62,0	62,0	62,0
Muito Satisfeito	11	22,0	22,0	84,0
Pouco Satisfeito	6	12,0	12,0	96,0
Insatisfeito	2	4,0	4,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Quanto ao grau de satisfação com a habitação onde moram, a maioria dos utentes (31 =62%) respondeu estarem satisfeitos, 11 utentes (22%) responderam que estavam muito satisfeitos, enquanto 6 (12%) se manifestaram pouco satisfeitos e 2 (4%) insatisfeitos, conforme mostra a tabela número 12.

Tabela nº 13: Satisfação com a saúde

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Satisfeito	28	56,0	56,0	56,0
Pouco Satisfeito	16	32,0	32,0	88,0
Insatisfeito	6	12,0	12,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Conforme mostra a tabela número 13, relativamente à satisfação com a saúde, 28 (56%) utentes mostraram estar satisfeitos com a sua saúde, 16 (32%) responderam estar pouco satisfeitos e 6 (12%). De notar que nenhum utente respondeu ao grau muito satisfeito.

Tabela nº 14: Satisfação com as relações familiares

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Satisfeito	30	60,0	60,0	60,0
Muito Satisfeito	20	40,0	40,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

A tabela número 14 mostra-nos, no que diz respeito à satisfação com as relações familiares, 30 utentes (60%) responderam que estavam satisfeitos, enquanto 20 (40%) se mostraram muito satisfeitos.

Tabela nº 15: Satisfação com as relações com amigos

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Satisfeito	41	82,0	82,0	82,0
Muito Satisfeito	8	16,0	16,0	98,0
Pouco Satisfeito	1	2,0	2,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

No que diz respeito às relações com os amigos, uma maioria muito significativa (41 utentes = 82%) respondeu estar satisfeita, enquanto 8 (16%) disse estar muito satisfeitos e apenas 1 (2%) se mostrou insatisfeito.

Participação nas Atividades do Centro Social do Lidador

Nesta parte do questionário pretendeu-se inquirir sobre a prática de atividades que os utentes realizam na instituição.

Tabela nº 16: Tempo de frequência do CSL

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
1 ano	2	4,0	4,0	4,0
2 anos	10	20,0	20,0	24,0
3 anos	4	8,0	8,0	32,0
4 anos	10	20,0	20,0	52,0
5 anos	8	16,0	16,0	68,0
6 anos	8	16,0	16,0	84,0
7 anos	8	16,0	16,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Nesta parte foi colocada uma pergunta aberta a fim de se saber há quanto tempo cada utente frequenta a instituição. No grupo das respostas, apurou-se que os maiores grupos são os dos utentes que frequentam a instituição há 2 anos e 4 anos, com 10 respostas (20%) cada um. Seguem-se os grupos que frequentam há 5, 6 e 7 anos, com 8 (16%) utentes em cada grupo. Depois vêm aqueles que frequentam a instituição há 3 anos (4 elementos = 8%) e 2 (4%) que frequentam há 1 ano.

Tabela nº 17: Motivos que levou o inquirido a frequentar o CSL

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Convívio	20	40,0	40,0	40,0
Convívio e Atividades	19	38,0	38,0	78,0
Convívio e Ginástica	7	14,0	14,0	92,0
Frequentar a informática	4	8,0	8,0	100,0
Total	50	100,0	100	

Quanto às respostas à pergunta sobre as razões que levaram os utentes a ingressar no CSL, 20 (40%) responderam que foi para conviver, 19 (38%) que foi para conviver e participar nas atividades, 7 (14%) para conviver e fazer ginástica e apenas 4 (8%) para frequentar a informática.

Quanto à questão acerca do número de vezes que os idosos frequentam a instituição, a maioria (32 = 64%) frequenta-a 3 ou mais vezes por semana, seguida de um grupo de 10 utentes (20%) que a frequenta 2 vezes por semana. São 4 (8%) os que

frequentam a instituição 1 vez por semana, sendo que os restantes 4 (8%) a frequentam 2 ou menos vezes por mês (ver tabela nº 18)

Tabela nº 18: Número de vezes que frequenta a instituição

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Menos de duas vezes por mês	1	2,0	2,0	2,0
Duas vezes por mês	3	6,0	6,0	8,0
Uma vez por semana	4	8,0	8,0	16,0
Duas vezes por semana	10	20,0	20,0	36,0
Três vezes ou mais por semana	32	64,0	64,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Pretendeu-se saber se os utentes almoçam no Centro, ao que 13 (26%) responderam sim conforme consta na Tabela nº 19.

Tabela nº 19: Almoça no CSL

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Não	37	74,0	74,0	74,0
Sim	13	26,0	26,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Relativamente aos 13 utentes que almoçam na instituição a totalidade dos mesmos refere gostar das refeições, como podemos ver na Tabela nº 20.

Tabela nº 20: Gosta da alimentação

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
N/A	37	74,0	74,0	74,0
Sim	13	26,0	26,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Em seguida pretendemos saber se os idosos praticavam atividades fora do CSL e quais. A esmagadora maioria (42 = 84%) não pratica nenhuma atividade fora da

instituição, enquanto 8 (16%) pratica. Destes 8, 3 fazem ginástica (6%), outros (6%)

Tabela nº 21: Pratica alguma atividade fora do CSL

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Não	42	84,0	84,0	84,0
Sim	8	16,0	16,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Praticam hidroginástica, enquanto a caminhada, as rendas de bilros e macramé e a universidade sénior têm apenas 1 por cada atividade, conforme mostram as Tabelas 21 e 22.

Tabela nº 22: Atividades praticadas fora do CSL

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
N/A	41	82,0	82,0	82,0
Ginástica	3	6,0	6,0	88,0
Hidroginástica	3	6,0	6,0	94,0
Caminhada	1	2,0	2,0	96,0
Rendas de bilros e macramé	1	2,0	2,0	98,0
Universidade Sénior	1	2,0	2,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Em seguida colocamos duas questões relativamente as atividades praticadas no CSL. 40 dos inquiridos (80%) responderam que praticam atividades, enquanto 10 (20%) não praticam nenhuma.

Tabela nº 23: Pratica atividades no CSL

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Sim	40	80,0	80,0	80,0
Não	10	20,0	20,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Relativamente às atividades praticadas a que reúne mais respostas é a ginástica com

17, seguida das bainhas abertas com 15, os bordados de castelo branco com 13, as artes decorativas com 11, o croché e renda com 10, segue-se os arraiolos 8, a informática com 5 e o cante coral com 1, num total acumulado de 80 frequentadores em todas as atividades, conforme nos mostram as tabelas nº 23 e nº 24.

Tabela nº 24: Atividades praticadas no CSL

		Respostas		Porcentagem de casos
		N	Porcentagem	
Atividades praticadas no CSL	Ginástica	17	21,3%	42,5%
	Bainhas Abertas	15	18,8%	37,5%
	Bordados de Castelo Branco	13	16,3%	32,5%
	Artes Decorativas	11	13,8%	27,5%
	Croché e Renda	10	12,5%	25,0%
	Arraiolos	8	10,0%	20,0%
	Informática	5	6,3%	12,5%
	Cante Coral	1	1,3%	2,5%
Total		80	100,0%	200,0%

Quanto à frequência das atividades, 16 (32%) utentes referem que as praticam 2 vezes por semana, seguidos de 11 (22%) que as praticam 3 vezes por semana, 5 (10%) utentes praticam-nas 1 vez por semana, enquanto que 4 (8%) as frequentam 4 vezes

Tabela nº 25: frequência das atividades no CSL

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Uma vez por semana	5	10,0	10,0	10,0
Duas vezes por semana	16	32,0	32,0	42,0
Três vezes por semana	11	22,0	22,0	64,0
Quatro vezes por semana	4	8,0	8,0	72,0
Todos os dias	4	8,0	8,0	80,0
Não faz atividades	10	20,0	20,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

por semana, obtendo-se um quantitativo idêntico no que diz respeito a quem as frequentam todos os dias. Dos 50 utentes, 10 (20%) não faz nenhuma atividade.

Tabela nº 26: Que outras atividades gostaria que fossem dinamizadas no CSL.

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
As que existem são suficientes	31	62,0	62,0	62,0
Mais atividades de cante	7	14,0	14,0	76,0
Viagens	3	6,0	6,0	82,0
Jogo da malha	3	6,0	6,0	88,0
Contactos com os jovens	4	8,0	8,0	96,0
Ponto cruz	1	2,0	2,0	98,0
Mais bailes	1	2,0	2,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Contributo do Centro Social do Lيدador para o Bem-estar dos Idosos

Na quarta parte do questionário procurámos saber qual a importância do Centro para o Bem-estar Subjetivo dos idosos. Várias perguntas foram orientadas no sentido de se obter respostas que nos permitissem avaliar esse Bem-estar, entre as quais se situa um quadro com um elenco de sete Afectos Positivos e sete Afectos Negativos (Questões nº 26 e nº 27 do Questionário).

No que diz respeito ao grau de satisfação com as atividades realizadas no CSL, quase metade dos utentes (23 = 46%) revelaram estarem muito satisfeitos, 17 (34%) estarem satisfeitos, enquanto 10 (20%) não pratica nenhuma atividade.

Tabela nº27: Satisfação com as atividades realizadas no CSL

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Muito Satisfeito	23	46,0	46,0	82,0
Satisfeito	17	34,0	34,0	34,0
Não faz atividades	10	20,0	20,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Pretendeu-se saber qual o grau de satisfação em relação ao convívio entre homens e mulheres que frequentam a instituição, sendo que 48 (96%) disseram estarem satisfeitos e 2 (4%) muito satisfeitos.

Tabela nº 28: Satisfação em relação ao convívio entre homens e mulheres no CSL

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Satisfeito	48	96,0	96,0	96,0
Muito Satisfeito	2	4,0	4,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Quanto a satisfação com os funcionários, 39 (78%) indicaram estarem satisfeitos, enquanto que 11 (22%) revelaram estarem muito satisfeitos. Por isso ninguém se manifestou no sentido de estar insatisfeito ou pouco satisfeito.

Tabela nº 29: Satisfação com os funcionários do CSL

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Satisfeito	39	78,0	78,0	78,0
Muito Satisfeito	11	22,0	22,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

No que se refere à questão nº 26 do questionário, onde se diz “como se sentia antes de frequentar o CSL”, e em relação à questão nº 27, onde se diz “como se sente desde que frequenta o CSL, relativamente a vários indicadores de Bem-Estar (7 positivos e 7 negativos) obtivemos as respostas que se transcrevem nas tabelas seguintes.

Tabela nº 30: Bem: como se sentia antes e depois de frequentar o CSL

Antes	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Nem um pouco	3	6,0	6,0	6,0
Um pouco	17	34,0	34,0	40,0
Moderadamente	28	56,0	56,0	96,0
Bastante	2	4,0	4,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	
Depois	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Um pouco	1	2,0	2,0	2,0
Moderadamente	4	8,0	8,0	10,0
Bastante	45	90,0	90,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

O primeiro indicador que se perguntou foi Bem (Tabela nº 31), as respostas predominantes para antes de frequentarem o CSL foram 17 (34/%) para um pouco e 28 (56%) para moderadamente, enquanto 45 utentes (90%) responderam Bastante Bem desde que frequentam a instituição.

Tabela nº 31: Animado: como se sentia antes e depois de frequentar o CSL

Antes	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Nem um pouco	6	12,0	12,0	12,0
Um pouco	22	44,0	44,0	56,0
Moderadamente	21	42,0	42,0	98,0
Bastante	1	2,0	2,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	
Depois	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Moderadamente	6	12,0	12,0	12,0
Bastante	44	88,0	88,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

No que diz respeito ao segundo indicador, Animado (Tabela nº 32), 6 (12%) responderam nem um pouco, 22 (44%) responderam um pouco, 21 (42%)

moderadamente e apenas 1 (2%) respondeu estar bastante animado antes de frequentar o CSL. Em contrapartida, depois de frequentarem a instituição, não houve nenhuma resposta para nem um pouco e um pouco, enquanto 44 (88%) responderam estar muito animados e apenas 6 (12%) se manifestaram estar moderadamente animados.

Tabela nº 32: Alegre: como se sentia antes e depois de frequentar o CSL

Antes	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Nem um pouco	5	10,0	10,0	10,0
Um pouco	19	38,0	38,0	48,0
Moderadamente	24	48,0	48,0	96,0
Bastante	2	4,0	4,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	
Depois	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Moderadamente	7	14,0	14,0	14,0
Bastante	43	86,0	86,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

O que se passa em relação ao indicador Alegre (Tabela nº 33) é semelhante ao que se passa com os indicadores anteriores, onde se mostra uma mudança bem acentuada depois dos utentes frequentarem o CSL. Com efeito, vemos a situação de Bastante passar de 2 (4%) de antes, para 43 (86%) de depois, enquanto as respostas Nem um pouco e Um pouco (juntas somadas são 24) o que representa quase metade (48%) para a situação de antes de frequentarem a Instituição, desaparecem com a frequência do Centro.

Tabela nº 33: Ativo: como se sentia antes e depois de frequentar o CSL

Antes	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Nem um pouco	3	6,0	6,0	6,0
Um pouco	25	50,0	50,0	56,0
Moderadamente	17	34,0	34,0	90,0
Bastante	5	10,0	10,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	
Depois	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Um pouco	1	2,0	2,0	2,0
Moderadamente	8	16,0	16,0	18,0
Bastante	41	82,0	82,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Ao compararmos na tabela nº 34 a situação de antes para depois de frequentarem o CSL, Nem um pouco passou de 3 para 0 respostas, Um pouco passou de 25 (50%) para 1 resposta (2%), Moderadamente de 17 (34%) para 8 (%) respostas, enquanto o parâmetro Bastante passou de 5 (10%) para 41 (82%) respostas, o que realça positivamente o papel do CSL no que diz respeito ao Bem-estar dos utentes.

Tabela nº 34: Satisfeito: como se sentia antes e depois de frequentar o CSL

Antes	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Nem um pouco	2	4,0	4,0	4,0
Um pouco	23	46,0	46,0	50,0
Moderadamente	22	44,0	44,0	94,0
Bastante	3	6,0	6,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	
Depois	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Um pouco	1	2,0	2,0	2,0
Moderadamente	8	16,0	16,0	18,0
Bastante	41	82,0	82,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Para o item Satisfeito (Tabela nº 34), encontramos também mudanças muito significativas no que diz respeito ao Bem-estar dos idosos, comparando a situação de antes com a de depois de frequentarem o CSL. Os resultados são os seguintes: Nem um pouco (2 = 4%), Um pouco (23 = 46%) e Moderadamente (22 = 44%), as respostas somadas são 47 (94%), enquanto as respostas para Bastante passam de 3 (6%) para 41 (82%).

A Tabela nº 35 revela-nos as seguintes respostas que apresentamos de forma comparativa: O grau Bastante entusiasmado tem apenas uma resposta para a situação de Antes, enquanto que a situação Depois (de frequentar o Centro) acolhe 35 (70%) respostas. Já as respostas de Nem um pouco (2 = 4%) e Um pouco (28 = 56%) expressas na situação de Antes, desaparecem na situação de Depois. Em contrapartida o grau de Bastante entusiasmado passa de 1 para 35 (70%) de respostas.

Tabela nº 35: Entusiasmado: como se sentia antes e depois de frequentar o CSL

Antes	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Nem um pouco	2	4,0	4,0	4,0
Um pouco	28	56,0	56,0	60,0
Moderadamente	19	38,0	38,0	98,0
Bastante	1	2,0	2,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	
Depois	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Moderadamente	15	30,0	30,0	30,0
Bastante	35	70,0	70,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Na Tabela nº 36 é comparado o grau de tranquilidade Antes e Depois dos idosos frequentarem o CSL. As mudanças mais significativas situam-se nas respostas relativas a Um pouco que passam de 32 (64%) Antes, para 3 (6%) depois, enquanto o grau Moderadamente colhe 15 (30%) respostas na situação Antes, e na situação Depois colhe 25 (50%) respostas. Quanto à situação de Bastante tranquilo, existe uma subida significativa, passando de 2 (4%) respostas para 22 (44%).

Tabela nº 36: Tranquilo: como se sentia antes e depois de frequentar o CSL

Antes	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Nem um pouco	1	2,0	2,0	2,0
Um pouco	32	64,0	64,0	66,0
Moderadamente	15	30,0	30,0	96,0
Bastante	2	4,0	4,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	
Depois	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Um pouco	3	6,0	6,0	6,0
Moderadamente	25	50,0	50,0	56,0
Bastante	22	44,0	44,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Quanto ao grau de Impaciência (Tabela nº 37) sentido pelos utentes Antes e Depois de frequentarem o Centro, 28 (56%) confessaram ser Moderadamente Impacientes Antes, 14 (28%) sentiam-se Bastante Impacientes, e a situação muda bastante para Depois de frequentarem o CSL, com 24 (48%) respostas para Nem um pouco e 20 (40%) para Moderadamente, enquanto não há nenhuma resposta para Bastante Impaciente.

Tabela nº 37: Impaciente: como se sentia antes e depois de frequentar o CSL

Antes	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Nem um pouco	2	4,0	4,0	4,0
Um pouco	6	12,0	12,0	16,0
Moderadamente	28	56,0	56,0	72,0
Bastante	14	28,0	28,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	
Depois	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Nem um pouco	24	48,0	48,0	48,0
Um pouco	20	40,0	40,0	88,0
Moderadamente	6	12,0	12,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

A Tabela nº 38 mostra as respostas para Desanimado: 32 (64%) utentes responderam sentir-se Moderadamente Desanimados e 11 (22%) Bastante para a situação de Antes, enquanto para a situação de Depois, 32 (64%) utentes responderam Nem um pouco, 14 (28%) responderam Um pouco e não há nenhuma resposta para Bastante.

Tabela nº 38: Desanimado: como se sentia antes e depois de frequentar o CSL

Antes	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Nem um pouco	1	2,0	2,0	2,0
Um pouco	6	12,0	12,0	14,0
Moderadamente	32	64,0	64,0	78,0
Bastante	11	22,0	22,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	
Depois	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Nem um pouco	32	64,0	64,0	64,0
Um pouco	14	28,0	28,0	92,0
Moderadamente	4	8,0	8,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Quanto ao item Aborrecido, como consta na tabela nº 39, 25 (50%) utentes revelaram sentir-se Moderadamente Aborrecidos e 15 (30%) revelaram estar bastante Aborrecidos para a situação Antes de frequentar o CSL. Depois de frequentar o Centro, a situação melhorou significativamente: metade do inquiridos (25-50%) respondeu Nem um pouco e 20 (40%) revelaram sentir-se Um pouco Aborrecido, enquanto que não há nenhuma respostas para Bastante Aborrecido.

Tabela nº 39: Aborrecido: como se sentia antes e depois de frequentar o CSL

Antes	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Nem um pouco	1	2,0	2,0	2,0
Um pouco	9	18,0	18,0	20,0
Moderadamente	25	50,0	50,0	70,0
Bastante	15	30,0	30,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	
Depois	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Nem um pouco	25	50,0	50,0	50,0
Um pouco	20	40,0	40,0	90,0
Moderadamente	5	10,0	10,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Quanto ao sentimento Irritado, cujas respostas constam na tabela nº 40, 40 (80%) utentes revelaram estar Moderadamente (28 = 56%) ou Bastante (12 = 24%) Irritados. Em contra partida, depois de frequentarem o CSL, (45 = 90%) utentes revelaram estar Nem pouco Irritados (25) ou apenas Um pouco irritados (20). Não houve Nenhuma resposta para Bastante Irritado.

Tabela nº 40: Irritado: como se sentia antes e depois de frequentar o CSL

Antes	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Nem um pouco	2	4,0	4,0	4,0
Um pouco	8	16,0	16,0	20,0
Moderadamente	28	56,0	56,0	76,0
Bastante	12	24,0	24,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	
Depois	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Nem um pouco	25	50,0	50,0	50,0
Um pouco	20	40,0	40,0	90,0
Moderadamente	5	10,0	10,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Quanto ao sentimento Tristeza, expresso na tabela nº 41, Antes de frequentarem o CSL, 31 (62%) utentes revelaram estar Moderadamente Tristes e 8 (16%) revelaram estar Bastante Tristes. A situação alternou-se bastante depois de frequentarem a instituição, uma vez que, 38 (76%) revelaram estar Nem um pouco Tristes e 9 (18%) revelaram sentir-se Um pouco Tristes e Moderadamente apenas com 3 (6%), Bastante Tristes não houve nenhum.

Tabela nº 41: Triste: como se sentia antes e depois de frequentar o CSL

Antes	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Nem um pouco	2	4,0	4,0	4,0
Um pouco	9	18,0	18,0	22,0
Moderadamente	31	62,0	62,0	84,0
Bastante	8	16,0	16,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	
Depois	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Nem um pouco	38	76,0	76,0	76,0
Um pouco	9	18,0	18,0	94,0
Moderadamente	3	6,0	6,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

No que diz respeito ao sentimento Angustia (tabela nº 42), apenas 3 (6%) revelaram estar nem um pouco Angustiados Antes de frequentar o CSL, resposta que passa para 30 (60%) depois de frequentarem a mesma instituição. Moderadamente passa de 30 (60%) para 2 (4%) e Bastante passa de 10 (20%) para 0, comparando o Antes e o Depois de frequenta o CSL.

Tabela nº 42: Angustiado: como se sentia antes e depois de frequentar o CSL

Antes	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Nem um pouco	3	6,0	6,0	6,0
Um pouco	7	14,0	14,0	20,0
Moderadamente	30	60,0	60,0	80,0
Bastante	10	20,0	20,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	
Depois	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Nem um pouco	30	60,0	60,0	60,0
Um pouco	18	36,0	36,0	96,0
Moderadamente	2	4,0	4,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

A mudança significativa que ocorreu nas respostas relativas à Angústia, repete-se de forma igualmente significativa no que diz respeito a Depressão, conforme consta na tabela nº 43. Antes de frequentarem o Centro, apenas 4 (8%) utentes não se sentiam nada Deprimido, número que passa para 40 (80%) Depois dos utentes frequentarem a instituição. Não há nenhuma resposta para Bastante Deprimido Depois da frequência do CSL.

Tabela nº 43: Deprimido: como se sentia antes e depois de frequentar o CSL

Antes	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Nem um pouco	4	8,0	8,0	8,0
Um pouco	14	28,0	28,0	36,0
Moderadamente	26	52,0	52,0	88,0
Bastante	6	12,0	12,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	
Depois	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Nem um pouco	40	80,0	80,0	80,0
Um pouco	8	16,0	16,0	96,0
Moderadamente	2	4,0	4,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Quisemos saber também se houve ou não alterações na saúde Depois dos utentes frequentarem o CSL (Tabela nº 44). Por isso perguntamos quantos deles tomavam medicação e obtivemos 46 (92%) respostas afirmativas e 4 (8%) negativas

Tabela nº 44: Utilização de medicamentos antes de frequentar o CSL

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Sim	46	92,0	92,0	92,0
Não	4	8,0	8,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Depois quisemos também saber para que efeitos era a medicação tomada (Tabela nº 45), questão que teve 22 (44%) respostas para problemas físicos, 11 (22%) respostas para problemas psicológicos e 13 (26%) para problemas físicos e psicológicos.

Tabela nº 45: Quais os problemas para a utilização da medicação

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Físicos	22	44,0	44,0	44,0
Psicológicos	11	22,0	22,0	66,0
Físicos e Psicológicos	13	26,0	26,0	92,0
Não se aplica	4	8,0	8,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Na sequência dessas questões quisemos saber a prática da toma da medicação Depois dos idosos frequentarem o CSL. No que diz respeito aos problemas físicos (Tabela nº 46), 34 (68%) dos utentes mantiveram a medicação, 3 reduziram a medicação e apenas 1 deixou a medicação.

Tabela nº 46: Utilização de medicação para problemas físicos

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Mantém a medicação	34	68,0	68,0	68,0
Reduziu a medicação	3	6,0	6,0	74,0
Deixou a medicação	1	2,0	2,0	76,0
N/A	12	24,0	24,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Quanto à toma da medicação para problemas psicológicos (Tabela nº 47), obtivemos os seguintes resultados: 13 (26%) utentes mantêm a medicação; 9 (18%) reduziram a medicação; e 2 deixaram a medicação. Vemos assim que a toma da medicação neste caso é menos significativa do que a toma para problemas físicos.

Tabela nº 47: Utilização de medicação para problemas psicológicos

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Mantém a medicação	13	26,0	26,0	26,0
Reduziu a medicação	9	18,0	18,0	44,0
Deixou a medicação	2	4,0	4,0	48,0
N/A	26	52,0	52,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Depois de sabermos a tendência da toma nas tabelas anteriores, quisemos saber as melhorias ao nível da saúde física e da saúde psicológica. As melhorias são assim traduzidas ao nível físico (Tabela nº 48): 9 (18%) utentes afirmaram ter melhorado Bastante, 4 (8%) razoavelmente e 37 (74%) apenas Um pouco.

Tabela nº 48: Melhoria da saúde física desde que frequenta o CSL

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Um pouco	37	74,0	74,0	74,0
Razoavelmente	4	8,0	8,0	82,0
Bastante	9	18,0	18,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Quanto a saúde psicológica (Tabela nº 49), a melhoria é bastante significativa desde que os utentes frequentam o CSL. Com efeito, 27 (54%) utentes revelaram ter melhorado Bastante, 18 (36%) Razoavelmente e 5 (10%) Um pouco. Como vemos, todos os utentes afirmaram ter melhorado.

Tabela nº 49: Melhoria da saúde psicológica desde que frequenta o CSL

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Um pouco	5	10,0	10,0	10,0
Razoavelmente	18	36,0	36,0	46,0
Bastante	27	54,0	54,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Em seguida, quisemos saber se o a frequência do CSL proporcionou melhorias n -estar geral dos utentes (Tabela nº 50): Todos os utentes acusaram melhoria; 24 (48%) afirmaram Bastante, 25 (50%) afirmaram Razoavelmente e apenas 1 afirmou ter melhorado Um pouco o seu Bem-estar.

Tabela nº 50: Bem-Estar dos utentes proporcionado pelo CSL

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Um pouco	1	2,0	2,0	2,0
Razoavelmente	25	50,0	50,0	52,0
Bastante	24	48,0	48,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Numa análise global das respostas traduzidas nas tabelas precedentes, podemos verificar com bastante clareza que o contributo do CSL para o Bem-estar dos seus utentes é bastante significativo. Entre outras questões que colocámos, damos importância particular àquelas que dizem diretamente respeito ao contributo do CSL para o Bem-estar dos idosos e dentre estas destacamos as que se referem aos afetos positivos (Bem, Animado, Alegre, Ativo, Satisfeito, Entusiasmado e Tranquilo) e aos afetos negativos (Impaciente, Desanimado, Aborrecido, Irritado, Triste, Angustiado e Deprimido).

Um breve olhar sobre os afetos positivos e apenas referindo o grau Bastante da Escala que elaborámos (Nem um pouco; Um pouco, Moderadamente, Bastante), verificamos profundas alterações, comparando o antes e o depois, conforme se pode ver no quadro seguinte. Com efeito para 5 dos 7 afetos positivos o grau Bastante ultrapassa os 82% depois da frequência do CSL, enquanto as respostas neste grau, para antes da frequência do CSL, se situaram igual e abaixo dos 5%. O afeto positivo Bem é o que denota um aumento maior, passando o Bastante de 4% para 90%.

Quadro nº 4. Afetos positivos antes e depois da frequência do CSL

Afetos Positivos	Grau: Bastante	
	Antes de Frequentar o CSL	Depois de Frequentar o CSL
Bem	2 = 4%	45 = 90%
Animado	1 = 2%	44 = 88%
Alegre	2 = 4%	43 = 86%
Ativo	5 = 10%	41 = 82%
Satisfeito	3 = 6%	41 = 82%
Entusiasmado	1 = 2%	35 = 70%
Tranquilo	2 = 4%	22 = 44%

No que diz respeito aos afetos negativos os dados são igualmente expressivos, dado que não existem no que se refere ao grau Bastante (não existe nenhum afeto Bastante negativo). Assim não existe nenhum utente Bastante Impaciente, Bastante Desanimado, ..., Bastante Angustiado ou Bastante Deprimido, quando o contrário se passava antes dos idosos frequentarem o CSL.

Quadro nº 5. Afetos negativos antes e depois da frequência do CSL

Afetos Negativos	Grau: Bastante	
	Antes de Frequentar o CSL	Depois de Frequentar o CSL
Impaciente	14	0
Desanimado	11	0
Aborrecido	15	0
Irritado	12	0
Triste	8	0
Angustiado	10	0
Deprimido	6	0

No que diz respeito à saúde física, todos os idosos inquiridos manifestaram sentir, em graus diferentes, melhorias desde que frequentam o CSL, o mesmo acontecendo relativamente à saúde psicológica, embora neste caso as melhoras sejam mais expressivas, dado que 27 utentes responderam Bastante em relação a estas.

Tal como dissemos anteriormente, é inegável o “Contributo do Centro de Dia (CSL) para o Bem-estar dos Idosos”, o que responde positivamente à nossa questão de partida. Com efeito, esta questão, tal como dissemos no início, consiste em saber “em que medida o Centro Social do Lيدador contribui para o Bem-Estar Subjetivo dos idosos?

Nesse sentido, justifica-se o projeto que consta na III Parte, dado que se propõe a realização de atividades complementares e que correspondem a expectativas enunciadas nas respostas dos utentes: atividades de Cante e de outros tipos musicais e contactos intergeracionais.

Parte III - Projeto de Intervenção

A proposta de projeto de intervenção deve ter em conta todo o trabalho realizado, desde a pesquisa bibliográfica, de que consta o Enquadramento Teórico, até à Análise e Discussão dos Resultados obtidos através dos questionários. Dado que o nosso Objetivo Principal consiste em saber qual o papel de um Centro de Dia no Bem-estar dos idosos, colocámos em questão qual o projeto a realizar que trouxesse um valor acrescentado ao Centro Social do Lيدador e que correspondesse aos anseios dos seus utentes. As respostas não nos deixaram grandes opções, dado que, convém sublinhar, a maioria dos utentes, com 31 respostas, disse estar satisfeita com as atividades desenvolvidas pela Instituição, havendo 19 respostas que fizeram propostas. Destas, destacam-se ligeiramente o item “Mais atividades de Cante” com 7 respostas e “Contatos com os jovens” com 4 respostas. As outras atividades tiveram respostas ainda menos expressivas. Por isso, considerámos que o mais adequado seria optar por um projeto que se baseasse nas atividades relacionadas com o cante e com os jovens. Foi assim que nos surgiu a ideia em torno da seguinte designação: “Encontros Intergeracionais com a Música”. Com efeito, este projeto pretende conjugar o Cante com outros géneros

musicais, cujos desempenhos performativos devem ser levados a cabo por jovens músicos, alternando os dois géneros musicais.

De acordo com Serrano (2008:25), um projeto de intervenção desenvolve-se em várias etapas a saber:

1. Fundamentação teórica
2. Diagnóstico
3. Planeamento
4. Execução/aplicação
5. Avaliação

1. A propósito da fundamentação teórica, Serrano diz-nos que “qualquer projeto, para ser aplicado, tem de ser operativo, mas também deve ser apoiado por um quadro de referência teórico, em pressupostos ou princípios aceites como axiomáticos que constituem os postulados sobre os quais assenta a nossa ação” (2008:34). Foi o que fizemos na I Parte deste trabalho.

2. Quanto à segunda etapa, Serrano diz que “o diagnóstico da realidade é uma fase de vital importância para a elaboração de projetos. Permite localizar os principais problemas, dá a conhecer as suas causas de fundo e oferece vias de ação para a sua resolução gradual. O objetivo do diagnóstico é o conhecimento da realidade. Constitui uma das ferramentas teórico-metodológicas mais importante para nos aproximarmos do conhecimento da realidade objeto de estudo” (2008:29). Foi o que fizemos na Parte II desta tese, em particular no ponto Análise e Discussão dos Resultados.

3. No que diz respeito à Planificação Serrano (ibidem:37) dá-nos algumas definições: Kaufman (1980): “a planificação trata unicamente de determinar o que se deve fazer, para posteriormente se poderem tomar decisões práticas para a sua implementação”; Ander-Egg (1989): a planificação consiste em introduzir organização e racionalidade na ação”. Serrano resume em seguida (ibidem: 38) que “planear é traçar os planos para a execução de uma obra. Fazer um plano ou projeto de uma ação. (...) A planificação consiste, pois, em procurar antecipar, prever, predizer e tentar vislumbrar o que se vai desenrolar e aplicar no futuro”. É o que consta na Parte III do nosso trabalho.

4. O mesmo autor (ibidem:77) refere que a “execução implica pôr em prática o projeto e ter em conta o seu desenvolvimento, acompanhamento e controlo”. É nesta fase que se mobiliza tudo o que foi planificado.

5. Segundo Serrano (ibidem: 81) “a avaliação permite-nos reconhecer os erros e os sucessos da nossa prática, a fim de corrigir aqueles no futuro. Este autor cita Espinoza: “avaliar é comparar num determinado instante o que foi alcançado mediante uma ação e o que se deveria ter alcançado de acordo com uma prévia programação” (ibidem:83).

Com efeito, com a avaliação pretende-se verificar aquilo que contribuiu para a persecução dos objetivos, para aquilo que ocorreu de forma positiva, mas também para aquilo que não foi atingido ou que correu de forma inadequada. Enfim, a avaliação tem como objetivo final corrigir e ajustar o projeto de intervenção para atingir os objetivos propostos e para dar resposta à questão de partida.

Pensamos que a avaliação adequada para este projeto deve combinar dois modelos, um de tipo quantitativo e outro de tipo qualitativo: 1. “Avaliação por Objetivos” (modelo quantitativo), utilizando o inquérito por questionário, onde constam questões que se orientam para saber em que medida os objetivos propostos foram atingidos; 2. “Avaliação Democrática”, que viabiliza a participação dos idosos no processo, através do livro de opiniões, o que nos permite recolher informação qualitativa, mais aberta e mais ampla, dado que os idosos se podem expressar livremente.

1. Planificação e Descrição das Atividades

De seguida apresentamos a planificação e descrição das atividades que propomos para o projeto de intervenção, delineando cada atividade e respectiva descrição, explicitando os objetivos específicos pela qual cada uma se orienta, bem como os recursos humanos e materiais que são necessários para a sua realização e ainda os recursos financeiros a utilizar. No quadro onde vêm a planificação e a descrição das atividades, são indicados, na coluna de observações, alguns recursos humanos que podem ser mobilizados ao nível do voluntariado, mas que não são indispensáveis para levar a bom termo o projeto, dado que consideramos que os recursos humanos do Centro são suficientes para a realização do projeto.

Quadro nº6: Planificação e Descrição das Atividades

Atividade	Descrição das Atividades	Calendário	Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Recursos Humanos	Recursos Materiais	Orçamento	Observações
Performance com um grupo de Cante masculino	<ul style="list-style-type: none"> - Atuação do grupo - Conversa sobre o Cante (o que é o Cante; - História do grupo; - Memórias da Aldeia; - Histórias de vida dos idosos. 	11/10/2014 15:30	<ul style="list-style-type: none"> - Reforçar o bem-estar subjetivo dos utentes do CSL. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lembrar a identidade cultural da região; - Valorizar as histórias de vida dos utentes; - Reforçar a autoestima dos idosos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Funcionários do CSL; - Um Psicogerontólogo - Grupo de cantadores; - Voluntários – Ver Observações. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sala de trabalho; - Salão de espetáculos; - Aparelho de som; - Publicidade; - Autocarro; - Lanche. 	<ul style="list-style-type: none"> - Com apoios de: Cafés e restaurantes; - Som da CMB; - Autocarro da CMB; - Cartazes – pedir apoio ao IPBEJA; - Divulgação: Rádio Voz da Planície; Rádio Pax; Diário do Alentejo; Alentejo Popular. 	<ul style="list-style-type: none"> - Convidar para a organização e secretariado; - Mestrados de Psicogerontologia Comunitária; - Alunos de Serviço Social da ESE e da Escola Profissional Bento Jesus Caraça.
-Performance com um músico de MPP urbana Paulo Ribeiro	<ul style="list-style-type: none"> - Música urbana - Música de autor - Memórias do músico 	15/11/2014 15:30	<ul style="list-style-type: none"> - Reforçar o bem-estar subjetivo dos utentes do CSL 	<ul style="list-style-type: none"> - Apreciar a música urbana Portuguesa; - Fomentar os contatos intergeracionais; - Valorizar a vida dos jovens. 	<ul style="list-style-type: none"> - Funcionários do CSL; - Um Psicogerontólogo; - Músico; - Voluntários – Ver Observações. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sala de trabalho; - Salão de espetáculos; - Aparelho de som; - Publicidade; - Autocarro; - Lanche. 	<ul style="list-style-type: none"> -Com apoios de: Cafés e restaurantes; - Som da CMB; - Cartazes – pedir apoio ao IPBEJA; - Divulgação: -- 	<ul style="list-style-type: none"> - Convidar para a organização e secretariado; - Mestrados de Psicogerontologia Comunitária; - Alunos de

								-Rádio Voz da Planície; Rádio Pax; -- -Diário do Alentejo; - Alentejo Popular	Serviço Social da ESE e da -- -Escola Profissional Bento Jesus Caraça
- Performance com um grupo de Cante feminino		20/12/2014 15:30	- Atuação do grupo (cânticos de Natal) - Conversa sobre o Cante (o que é o Cante; - História do grupo; - Memórias da Aldeia; - Histórias de vida dos idosos		- Lembrar a identidade cultural da região; - Valorizar as histórias de vida dos utentes; - Reforçar a autoestima dos idosos	- Funcionários do CSL; - Um Psicogerontólogo - Grupo de cantadoras; - Voluntários – Ver Observações	- Sala de trabalho; - Salão de espetáculos; - Aparelho de som; - Publicidade; - Autocarro; - Lanche.	Com apoios de: - Cafés e restaurantes; - Som da CMB; - Cartazes – pedir apoio ao IPBEJA; - Divulgação: Rádio Voz da Planície; Rádio Pax; - Diário do Alentejo; - Alentejo Popular	Convidar para a organização e secretariado: - Mestrados de Psicogerontologia Comunitária; - Alunos de Serviço Social da ESE e da Escola Profissional Bento Jesus Caraça.
- Performance do Grupo de Cante com Cantares das Janeiras.		03/01/2015 15:30	- O Grupo Canta as Janeiras e outros Cantares Religiosos.		- Reconhecer a identidade religiosa do Povo	- Funcionários do CSL; - Um Psicogerontólogo - Grupo de cantadoras; - Voluntários – Ver Observações.	- Sala de trabalho; - Salão de espetáculos; - Aparelho de som; - Publicidade; - Autocarro;	Com apoios de: - Cafés e restaurantes; - Som da CMB; - Cartazes – pedir apoio ao IPBEJA;	Convidar para a organização e secretariado: - Mestrados de Psicogerontologia Comunitária; - Alunos de

								- Lanche	Divulgação: - Rádio Voz da Planície; - Rádio Pax; - Diário do Alentejo; - Alentejo Popular	Serviço Social da ESE e da Escola Profissional Bento Jesus Caraça.
- Performance com grupo de Cante infantil (há vários)	- As crianças atuam e depois convivem com os idosos.	07/02/2015 15:30	- Reforçar o bem-estar subjetivo dos utentes do CSL	- Reforçar o contacto intergeracional com as crianças.	- Funcionários do CSL - Um Psicogerontologo - Grupo de cantadoras; - Voluntários – Ver Observações	- Sala de trabalho; - Salão de espetáculos; - Aparelho de som; - Publicidade; - Autocarro; - Lanche	Com apoios de: - Cafés e restaurantes; - Som da CMB; - Cartazes – pedir apoio ao IPBEJA; Divulgação: - Rádio Voz da Planície; - Rádio Pax; - Diário do Alentejo; - Alentejo Popular	Convidar para a organização e secretariado: - Mestrandos de Psicogerontologia Comunitária; - Alunos de Serviço Social da ESE e da Escola Profissional Bento Jesus Caraça		
-Performance com um músico – de música intervenção Fernando Pardal.	- Cante de intervenção - Memórias do músico	07/03/2015 15:30	- Reforçar o bem-estar subjetivo dos utentes do CSL	- Compreender a importância e o papel da música de intervenção; - Fomentar os contatos intergeracionais;	- Funcionários do CSL; -Um Psicogerontologo - Músico; - Voluntários – Ver	- Sala de trabalho; - Salão de espetáculos; - Aparelho de som; - Publicidade;	Com apoios de: - Cafés e restaurantes; - Som da CMB; - Autocarro da CMB;	Convidar para a organização e secretariado: - Mestrandos de Psicogerontologia Comunitária;		

				- Valorizar a vida dos jovens.	Observações.	- Autocarro; - Lanche.	- Cartazes – pedir apoio ao IPBEJA; Divulgação: Rádio Voz da Planície; Rádio Pax; Diário do Alentejo; Alentejo Popular.	- Alunos de Serviço Social da ESE e da Escola Profissional Bento Jesus Caraça.
-Performance com um grupo de Cante masculino		04/04/2015 15:30	- Atuação do grupo: - Conversa sobre o Cante; História do grupo; Memórias da Aldeia; - Histórias de vida dos idosos.	- Reforçar o bem-estar subjetivo dos utentes do CSL - Lembrar a identidade cultural da região; - Valorizar as histórias de vida dos utentes; - Reforçar a autoestima dos idosos	- Funcionários do CSL; - Um Psicogerontólogo ; - Grupo de cantadores; - Voluntários – Ver Observações.	- Sala de trabalho; - Salão de espetáculos; - Aparelho de som; - Publicidade; - Autocarro; - Lanche.	Com apoios de: - Cafés e restaurantes; - Som da CMB; - Autocarro da CMB; - Cartazes – pedir apoio ao IPBEJA; Divulgação: Rádio Voz da Planície; Rádio Pax; Diário do Alentejo; Alentejo Popular	Convidar para a organização e secretariado: - Mestrados de Psicogerontologia Comunitária; - Alunos de Serviço Social da ESE e da Escola Profissional Bento Jesus Caraça.
-Performance com um		2/05/2015	- A viola campaniça;	- Reforçar o bem-estar subjetivo dos	- Funcionários do CSL;	- Sala de trabalho;	Com apoios de:	Convidar para a organização

músico de viola campaniça Pedro Mestre –	- Memórias do músico.	15:30	utentes do CSL	tradicionais; - Fomentar os contatos intergeracionais; - Valorizar a vida dos jovens.	- Um Psicogerontólogo; - Músico; - Palestrante sobre o Cante; - Voluntários – Ver Observações.	- Salão de espetáculos; - Aparelho de som; - Publicidade; - Autocarro; - Lanche.	- Cafés e restaurantes; - Som da CMB; - Cartazes – pedir apoio ao IPBEJA; Divulgação: - Rádio Voz da Planície; - Rádio Pax; - Diário do Alentejo; - Alentejo Popular	e secretariado: - Mestrados de Psicogerontologia Comunitária; - Alunos de Serviço Social da ESE e da Escola Profissional Bento Jesus Caração.
--	-----------------------	-------	----------------	---	---	--	---	---

2. Cronograma

O cronograma que delineamos a seguir aponta para o calendário que sugerimos para a realização do projeto. Os contatos realizados até ao presente permitem-nos pensar que um tal calendário de atividades e de tarefas é possível realizar.

	Setembro 2014	Outubro 2014	Novembro 2014	Dezembro 2014	Janeiro - 2015	Fevereiro 2015	Março - 2015	Abril - 2015	Maio - 2015	Junho - 2015
Contatos e Convites										
Execução e Avaliações Parcelares										
Avaliação Global										
Relatório										

3. Viabilidade do Projeto

Um dos problemas com que se debatem as instituições consiste nas limitações de natureza orçamental e em recursos humanos. Este projeto parece-nos francamente viável dado que a mobilização de recursos financeiros é baixa, traduzindo-se sobretudo em gastos com a publicidade que são pouco significativos e num pequeno beberete servido aos cantadores e artistas. As deslocações com os grupos corais podem ser feitas com os autocarros da Câmara Municipal. Os recursos humanos de que dispõe o Centro Social do Lidador parecem-nos suficientes, podendo ainda recorrer-se ao voluntariado, conforme consta na “Planificação e Descrição das Atividades”

Conclusão

Qualquer trabalho de investigação deve conter reflexões sobre o percurso realizado e o balanço que se faz dele, orientando assim as linhas mais importantes da conclusão.

Com o enquadramento teórico foi-nos possível aprofundar a problemática da velhice e do envelhecimento, nos seus múltiplos aspectos. Realçámos a questão do crescimento acelerado da velhice que caracteriza as sociedades ditas ocidentais contemporâneas, onde a população se encontra estacionária, e que caracteriza também cada vez mais as sociedades emergentes, os BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China, África do Sul). Com este estudo aprendemos igualmente que o significado da velhice tem um peso cultural, uma vez que varia de sociedade para sociedade. Com efeito, existem sociedades onde o velho é respeitado e por vezes venerado, e existem outras, marcadas pelo economicismo, onde o velho é despojado de valor, é mal visto e pouco respeitado, por ser considerado um peso para a sociedade.

Aprendemos também a complexidade da velhice no que diz respeito às suas etapas, dimensões e formas. Para coroar a abordagem teórica, abordámos a questão do Bem-estar Subjetivo, aspecto fundamental para a ancoragem do projeto que coroa o fim desta tese.

O nosso trabalho não teria sentido, sem fazermos uma pesquisa empírica para dar resposta à nossa pergunta de partida (Em que medida o Centro Social do Lidador contribui para o Bem-estar Subjetivo dos idosos que o frequentam?) e aos nossos

objetivos que consistem em a) aprofundar o conhecimento sobre o fenómeno do envelhecimento, particularmente no que diz respeito a etapas, dimensões, formas, Bem-estar Subjetivo e centros de dia; b) compreender o contributo do Centro Social do Lidador para o Bem-Estar Subjetivo dos Idosos que o frequentam; c) -Desenvolver um projeto de intervenção que permita a promoção do bem-estar subjetivo dos idosos do Centro Social do Lidador.

A nossa pesquisa empírica consistiu em inquirir uma amostra composta por cinquenta idosos, através de um questionário cujas perguntas se orientaram sobretudo para o papel e a medida do contributo do Centro Social do Lidador para o Bem-estar dos seus idosos. As respostas foram bastante reveladoras e, de certa forma, inequivocamente conclusivas. Verificámos uma melhoria substancial da saúde física e sobretudo psicológica dos utentes, particularmente daqueles que mais frequentam a instituição. As questões mais pertinentes que colocámos tinham a ver com as mudanças dos afetos positivos e dos afetos negativos, antes e depois dos gerentes frequentarem o Centro, tendo sido verificadas mudanças profundas. Os aspectos positivos melhoraram substancialmente, bem como se esbateram os aspectos negativos. Assim, as respostas permitiram confirmar a nossa questão de partida. Tais respostas servem para concluir que os Centros de Dia, enquanto dimensão do apoio social, são fundamentais para prestar um serviço que deveria ser incontornável ao nível das prioridades das políticas públicas.

Foi devido a esta constatação e esta conclusão, e partindo do programa de mestrado, que propusemos um projeto cujo objetivo consiste em realizar atividades no Centro Social do Lidador de forma a reforçar o Bem-estar Subjetivo dos idosos que o frequentam. Este projeto realiza-se em torno do Cante e das relações intergeracionais, fundamentando-se nas aspirações que os idosos formularam através das respostas ao questionário.

Para finalizar, não é demais sublinhar que os Centros de Dia desempenham um papel importante ao nível social e psicológico, dado que podem ser uma compensação para a desocupação dos tempos livres gerada pela aposentação. Assim, essas instituições permitem e incentivam a criação de uma rede social de suporte ao idoso, que pode compensar as redes que se perdem com a modificação do estatuto do idoso, que são fundamentais para que se compensem as perdas que vão surgindo com o decorrer da idade

Bibliografia / Webgrafia

- Almeida, M. (2007). Envelhecimento: Ativo? Bem sucedido? Saudável? Possíveis Coordenadas de Análise. Consultado em 12/01/2014.
<http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/pa/julho10b.pdf>
- Ariès, P. (1981). *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: LTC.
- Banza, M. (2012). *Projecto de Intervenção Comunitária, Envelhecimento Activo – Amadurecer com Saúde*. Beja: Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde. Tese de Mestrado. Consultado em 5/1/2014.
<http://comum.rcaap.pt/handle/123456789/3968>
- Barbosa, B. (sd). _Qualidade de Vida na Terceira Idade: um estudo de caso com os beneficiários do Programa “Leite da Paraíba” na cidade de Campina Grande – PB. Consultado em 22/7/2013.
http://www.aedb.br/seget/artigos08/377_qv%20SEGET.pdf
- Barreto, J. (sd). Envelhecimento e Qualidade de Vida: o desafio actual.
<http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3733.pdf>. Consultado em 2/4/2014.
- Beja Digital (2007). <http://www.bejadigital.pt/NoticiaDisplay.aspx?ID=738>
- Botelho, M. (2011). *Idoso que Cuida Idosa*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Consultado em 15/10/2013.
http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/7237/2/Dissertao%20%20Mnica%20Botelho.pdf?origin=publication_detail
- Câmara Municipal de Beja (2007). Regulamento do Centro Social do Lidador. Consultado em 14/3/2014.
http://www.cm-beja.pt/docs/PDFs/GDS/Regulamento_Centro_Social_Lidador.pdf
- Câmara Municipal de Beja (2011). Centro Social do Lidador. Consultado em 14/3/2014.
<http://www.cm-beja.pt/viewcidade.do2?numero=1948>
- Cancela, D. (2007). O Processo de Envelhecimento. Consultado em 23/7/2013.
<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>. Consultado em 17/11/2013.
- Carneiro, R. (Org.) (2012). *O Envelhecimento da População: Dependência, Activação e Qualidade*. Lisboa: Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa - Universidade Católica Portuguesa. Consultado em 3/10/20013.

- http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_populacao.pdf
- Cerqueira, M. (2010). *Imagens do Envelhecimento e da Velhice. Um Estudo na População Portuguesa*. Consultado em 4/10/20013.
- http://ria.ua.pt/bitstream/10773/6477/1/tese_margarida.cerqueira_out2010.pdf
- Correia, C. (2009). O Apoio Social e a Qualidade de Vida dos idosos do Conselho de Faro. Consultado em 8/4/2014
- <https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/564>. Consultado.
- Duarte, L. (1999). Idade Cronológica: Mera Questão Referencial no Processo de Envelhecimento. Consultado em 6/2/2014.
- <http://www.bing.com/search?q=Idade+Cronol%C3%B3gica%3A+Mera+Quest%C3%A3o+Referencial+no+Processo+de+Envelhecimento&src=IE-TopResult&FORM=IE11TR&conversationid=>
- Fechine, B. & Trompieri, N. (2012). O Processo de Envelhecimento: as Principais Alterações que Acontecem com o Idoso com o Passar dos Anos. Consultado em 16/11/2013.
- <http://www.interscienceplace.org/interscienceplace/article/viewFile/382/268>.
- Fernandes, M. (2011). Relação entre Bem-Estar Subjectivo, Saúde Física e Mental do Idoso sob Resposta Social. Consultado em 1/8/2013.
- <http://repositorio.ismt.pt:8080/xmlui/handle/123456789/130>.
- Figueiredo, D., Guerra, S. & Sousa, L. (sd). O que É o Envelhecimento. Consultado em 7/10/2013.
- http://redesocialazemeis.moa.pt/fotos/Image/217/f8pLH5MCartigo_o_que_e_o_envelhecimento2.pdf
- Fleck, M. (2000). O Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. Consultado em 28/7/2013. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100004&script=sci_abstract&tlng=pt
- Galinha, I & Ribeiro, J. (2005). História e Evolução do Conceito de Bem-Estar Subjectivo. Consultado em 9/4/2014.
- <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v6n2/v6n2a08.pdf>
- Giacomoni, C & Hutz, C. (2006). Escala de Afecto Positivo e Negativo para

- Crianças: Estudos de Construção e Validação. Consultado em 17/3/2014. <http://www.redalyc.org/pdf/2823/282321819007.pdf>
- Guedea, M. et al (2006). Relação do Bem-Estar Subjectivo, Estratégias de Enfrentamento e Apoio Social em Idosos. Consultado em 2/8/2013. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010279722006000200017&script=sci_artt_ext.
- Guerra, Isabel (2000). *Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Acção*. Cascais: Principia.
- Guimarães, C. (2013). Tomando o Envelhecimento Bem-sucedido como Desenvolvimento Psicológico: Efeito da TOM e da Inteligência. Consultado em 26/2/2014. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/27160>
- Guiomar, V. Compreender o Envelhecimento Bem-Sucedido a Partir do Suporte Social, Qualidade de Vida e Bem-Estar Social dos Indivíduos em Idade Avançada. Consultado em 7/8/2013. <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0261.pdf>
- Hernandez, J. (2007). Impactos da Percepção de Saúde Organizacional no Bem-Estar no Trabalho. Consultado em 17/3/2014). <http://penelope.dr.ufu.br/bitstream/123456789/1574/1/ImpactosPercep%03%a7%0c3%a3oSa%0c3%bade.pdf>
- Hill, M. & Hill, A. (2012). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Keong, A. (2010). *A Auto-Percepção do Envelhecimento em Pessoas Idosas*. Consultado em 12/11/2013. http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2793/1/ulfp037514_tm.pdf
- Kluthcovsky, A. & Takayanagui, A. (2007). Qualidade de Vida. Consultado em 10/4/2014. http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/12.pdf
- INE – Instituto Nacional de Estatística (2003). *Estatísticas Demográficas 2002*. Lisboa: INE
- INE – Instituto Nacional de Estatística (2011). *Estatísticas Demográficas 2010*. Lisboa: INE.
- Leandro, C. (2011). Bem-Estar Subjectivo, auto-estima e Auto percepções no Domínio Físico em Idoso: estudo comparativo entre idosos praticantes e não praticantes de actividade física regular. Consultado em 7/9/2013.

- <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/20007>.
- Leme, L. et al (2002). *O Idoso e a família*. São Paulo: Atheneu.
- Lemos, D. et al (sd). *Velhice*. Consultado em 17/11/2013.
<http://www.br/e-psico/subjetivacao/tempo/velhice-texto.html>.
- Lima, A., Silva, H. & Galhardoni, R. (2008). *Envelhecimento Bem-sucedido – Trajetórias de um Constructo e Novas Fronteiras*. Consultado em 27/1/2014.
<http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/p309.pdf>
- Marconcin, P. (2009). *Bem-Estar Subjectivo e a Prática Desportiva em Idosos Alunos de Universidades Seniores do Porto*. Porto: Universidade do Porto. Consultado em 21/2/2014.
<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/13623/2/2242.pdf>
- Martins, M. (2012). *O Envelhecimento e a Capacidade Funcional dos Idosos*. Consultado 12/7/2013.
https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/3131/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20Marisa_V.Final_3.pdf
- Martins, R. (2013). A relevância do Apoio Social da velhice. *Educação, Ciência e Sociedade*, 128. Consultado em 10/9/2013.
<http://www.ipv.pt/millennium/millennium31/9.pdf>.
- Meire, C. (1988). *Envelhecimento Bem-Sucedido e Participação numa Universidade para a Terceira Idade*. Consultado em 23/3/2014.
<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000135482>
- Moser, A. (2008). *Qualidade de Vida no Aluno Idoso*. Consultado em 24/3/2014.
http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/817_865.pdf
- Moura, C. (2005). *A Produção do Envelhecimento Bem Sucedido: Novas Formas de Subjetivação*. Consultado em 23/3/2014.
<http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/pa/julho10b.pdf>
- Neri, A. L. (1993). *Qualidade de Vida e Idade Madura*. 5/4/2014.
[http://www.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=t_iv78lH-AMC&oi=fnd&pg=PA7&dq=Neri,+A.L.+\(1993\).+Qualidade+de+Vida+no+Adulto+Maduro:+Interpreta%C3%A7%C3%B5es+Te%C3%B3ricas+e+Evid%C3%A2ncias+de+Pesquisa.&ots=SsMFF9EmpZ&sig=sAw83rAbdlfubEhNjfn3xy26iJY&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](http://www.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=t_iv78lH-AMC&oi=fnd&pg=PA7&dq=Neri,+A.L.+(1993).+Qualidade+de+Vida+no+Adulto+Maduro:+Interpreta%C3%A7%C3%B5es+Te%C3%B3ricas+e+Evid%C3%A2ncias+de+Pesquisa.&ots=SsMFF9EmpZ&sig=sAw83rAbdlfubEhNjfn3xy26iJY&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
- Neri, A. L. (Org.) (2001b). *Maturidade e Velhice*. Campinas: Papirus.

- Oliveira, C. et al (2006). Idosos e Família: Asilo ou Casa. Consultado em 20/9/2013. <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0281.pdf>.
- OMS (2005). Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde. 22/3/2014.
- Paúl, C. (2005). A Construção de um Modelo de Envelhecimento Humano. In, Paúl, C. & Fonseca, A. (Eds), *Envelhecer em Portugal* (pp. 21-41). Lisboa: Climepsi.
- Pereira, T. (2005). *Histórias de Vida de Mulheres Idosas - Um Estudo sobre o Bem-Estar Subjetivo na Velhice*. Consultado em 14/2/2014.
<http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/1/8701/1/ThelmaMFRAP.pdf>
- Prado, S. O Curso de Vida, o Envelhecimento Humano e o Futuro. Consultado em 14/11/2013.
<http://portaldoenvelhecimento.org.br/acervo/artieop/Geral/artigo50.htm>.
- Quivy, R. ; Campenhoudt, L. & Van, A. (sd). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Radcliffe-Brown, A. & Forde, D. (1982). *Sistemas Políticos Africanos de Parentesco e Casamento*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ribeiro, J. (2009). A Importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. Consultado em 13/3/2014.
<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/17785/2/57643.pdf>
- Ribeiro, O. & Paúl, C. (2012). *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel.
- Serafim, F. (2007). Promoção do Bem-Estar global na população sénior. Consultado em 23/9/2013. <https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/659>.
- Schneider, R. & Irigaray, T. (sd). O Envelhecimento na Actualidade: Aspectos Cronológicos, Biológicos, Psicológicos e Sociais. Consultado em 22/9/2013. <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a13v25n4.pdf>
- Serrano, G. (2008). *Elaboração de Projectos Sociais – Casos Práticos*. Porto: Porto Editora.
- Silva, C. & Ferrugem, P. (2007). Benefício do Exercício Físico no Processo de Envelhecimento. Consultado em 25/9/2013.
<http://www.webartigos.com/artigos/beneficio-do-exercicio-fisico-no-processo-de-envelhecimento/2982/>.
- Silva, S (2009). Qualidade de Vida e Bem-Estar Psicológico em Idosos. Consultado em 26/9/2013.
<http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1092/1/sarasilva.pdf>.

- Tavares, B. (2012). *Autoconceito e Percepção do Envelhecimento*. Lisboa: Universidade de Lisboa. Consultado em 14/12/2013.
http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/8193/1/ulfpie043226_tm.pdf
- Tavares, M & Carvalho, V. (2011). Estudo Bibliográfico Sobre a Sexualidade do Idoso na Contemporaneidade. Consultado em 14/3/2014.
<http://psicologado.com/psicologia-geral/sexualidade/estudo-bibliografico-sobre-a-sexualidade-do-idoso-na-contemporaneidade>.
- Teixeira, L. (2010). Solidão, Depressão e Qualidade de Vida em Idosos: um estudo avaliativo exploratório, implementação – piloto de um programa de intervenção. Consultado em 28/9/2013.
http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2608/1/ulfp037460_tm_tese.pdf.

Apêndices

Apêndice I

Questionário

Questionário

Este questionário faz parte de uma pesquisa enquadrada na realização de um Mestrado em Psicogerontologia Comunitária na Escola Superior de Educação de Beja. O nosso propósito consiste em saber qual a contribuição do Centro Social do Lيدador para o bem-estar dos seus utentes. O questionário é rigorosamente anónimo e confidencial.

Antes de responder leia as perguntas com atenção.

Agradecemos a sua colaboração. Muito obrigada.

I. Caracterização do Inquirido

1. Género

- a. Masculino ☐
- b. Feminino ☐

2. Idade: ____

3. Habilitações

- a. Não sabe ler nem escrever ☐
- b. Sabe ler e escrever ☐
- c. 1º ciclo (4ª classe) ☐
- d. 2º ciclo (5º e 6º ano) ☐
- e. 3º ciclo (7º, 8º e 9º ano) ☐
- f. Ensino secundário ☐
- g. Licenciatura ☐

Margem de
codificação

☐☐☐☐☐

4. Profissão e situação profissional

Profissão/ões _____

- a. Empregado ☐
- b. Desempregado ☐
- c. Reformado ☐
- d. Pensionista ☐

5. Estado civil:

- a. Solteiro ☐
- b. Casado ☐
- c. União de facto ☐
- d. Divorciado ☐
- e. Viúvo ☐

6. Tem filhos?

- a. Sim ☐
- b. Não ☐

Se respondeu sim, indique o nº de filhos? ____

Número de filhos dependentes ____

Número de filhos independentes ____

II – Grau de satisfação do bem-estar dos inquiridos

7. Qual o grau de satisfação com a profissão que exercia?

- a. Insatisfeito ☐
- b. Pouco satisfeito ☐
- c. Satisfeito ☐
- d. Muito satisfeito ☐

8. Qual o grau de satisfação com a sua situação económica?

- a. Insatisfeito ☐
- b. Pouco satisfeito ☐
- c. Satisfeito ☐
- d. Muito satisfeito ☐

☐

9. Qual o grau de satisfação com a situação habitacional?

- a. Insatisfeito ☐
- b. Pouco satisfeito ☐
- c. Satisfeito ☐
- d. Muito satisfeito ☐

☐

10. Qual o grau de satisfação com a sua saúde?

- a. Insatisfeito ☐
- b. Pouco satisfeito ☐
- c. Satisfeito ☐
- d. Muito satisfeito ☐

☐

11. Como se sente nas relações com os seus familiares?

- a. Insatisfeito ☐
- b. Pouco satisfeito ☐
- c. Satisfeito ☐
- d. Muito satisfeito ☐

☐

12. Como se sente com as relações com os seus amigos?

- a. Insatisfeito ☐
- b. Pouco satisfeito ☐
- c. Satisfeito ☐
- d. Muito satisfeito ☐

☐

III – Participação nas actividades do Centro Social do Lيدador

13. Há quanto tempo frequenta o Centro Social do Lيدador? _____

14. O que o/a levou a frequentar o Centro Social do Lيدador?

15. Número de vezes que frequenta a instituição:

- a. Menos de duas vezes por mês ☐
- b. Duas vezes por mês ☐
- c. Uma vez por semana ☐
- d. Duas vezes por semana ☐
- e. Três vezes ou mais por semana ☐

16. Costuma almoçar no Centro Social do Lيدador?

- a. Sim ☐
- b. Não ☐
- c. Se responder sim, gosta da alimentação servida? _____

17. Pratica alguma actividade fora do Centro Social do Lيدador?

- a. Sim ☐
- b. Não ☐
- c. Se respondeu sim, diga qual ou quais:

18. Pratica alguma ou algumas actividades no Centro Social do Lيدador?

a. Sim ☐

b. Não ☐

Se respondeu sim, quais são essas actividades?

☐☐☐☐

19. Quantas vezes por semana realiza essas actividades? _____

☐☐

20. Que outras actividades gostaria que fossem dinamizadas no Centro Social do Lيدador?

☐☐☐

IV- Contributo do Centro Social do Lيدador para o Bem-Estar dos idosos

21. Qual o grau de satisfação com as actividades que realiza no Centro Social do Lيدador?

a. Insatisfeito ☐

b. Pouco satisfeito ☐

c. Satisfeito ☐

d. Muito satisfeito ☐

☐

22. Qual o grau de satisfação relativamente ao convívio entre homens e mulheres no Centro Social do Lيدador?

a. Insatisfeito ☐

b. Pouco satisfeito ☐

c. Satisfeito ☐

d. Muito satisfeito ☐

☐

31.

23. Qual o grau de satisfação com os funcionários(as) do Centro Social do Lidador?

- a. Insatisfeito ☐
- b. Pouco satisfeito ☐
- c. Satisfeito ☐
- d. Muito satisfeito ☐

☐

24. Qual o grau de satisfação com a sua saúde física antes de frequentar o Centro Social do Lidador?

- a. Insatisfeito ☐
- b. Pouco satisfeito ☐
- c. Satisfeito ☐
- d. Muito satisfeito ☐

☐

25. Qual o grau de satisfação com a sua saúde física desde que frequenta o Centro Social do Lidador?

- a. Insatisfeito ☐
- b. Pouco satisfeito ☐
- c. Satisfeito ☐
- d. Muito satisfeito ☐

☐

26. Como se sentia antes de frequentar o Centro Social do Lidador, em relação aos seguintes indicadores? Responda marcando um X na casa correspondente.

	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Bastante
Bem				
Animado				
Alegre				
Activo				
Satisfeito				

☐
☐
☐
☐
☐

Entusiasmado				
Impaciente				
Desanimado				
Aborrecido				
Tranquilo				
Irritado				
Triste				
Angustiado				
Deprimido				

27. Como se sente desde que frequenta o Centro Social do Lídador, em relação aos seguintes indicadores?

	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Bastante
Bem				
Animado				
Alegre				
Activo				
Satisfeito				
Entusiasmado				
Impaciente				
Desanimado				
Aborrecido				
Tranquilo				
Irritado				
Triste				
Angustiado				
Deprimido				

--	--	--	--	--

28. Tomava medicamentos antes de frequentar o Centro Social do Lidador?

a. Sim ☐

b. Não ☐

c. Se respondeu sim diga se eram para problemas:

Físicos ☐

Psicológicos ☐

29. Se respondeu que eram para problemas físicos diga se:

- a. Mantém a medicação ☐
- b. Reduziu a medicação ☐
- c. Deixou a medicação ☐

☐☐☐

30. Se respondeu que eram para problemas psicológicos diga se:

- a. Mantém a medicação ☐
- b. Reduziu a medicação ☐
- c. Deixou a medicação ☐

☐☐☐

31. Sente que a sua saúde psicológica melhorou desde que frequenta o Centro Social do Lidador?

- a. Nada ☐
- b. Pouco ☐
- c. Muito ☐
- d. Bastante ☐

32. A frequência do Centro Social do Lidador proporciona-lhe bem-estar?

- a. Nada ☐
- b. Pouco ☐
- c. Muito ☐
- d. Bastante ☐

33. Como avalia em geral o grau de bem-estar com a sua vida?

34. Que outros contributos gostaria de assinalar para melhorar o bem-estar dos idosos que frequentam o Centro Social do Lيدador?

Apêndice II

Gráficos

Gráfico nº 1

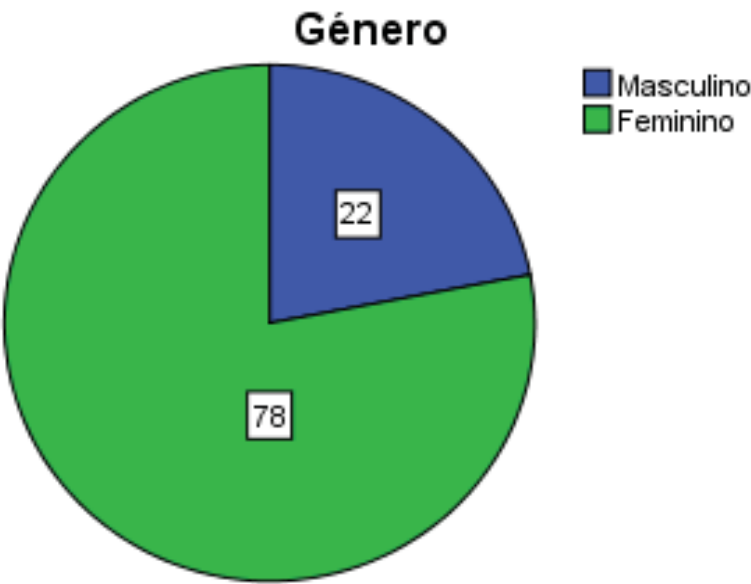


Gráfico nº 2

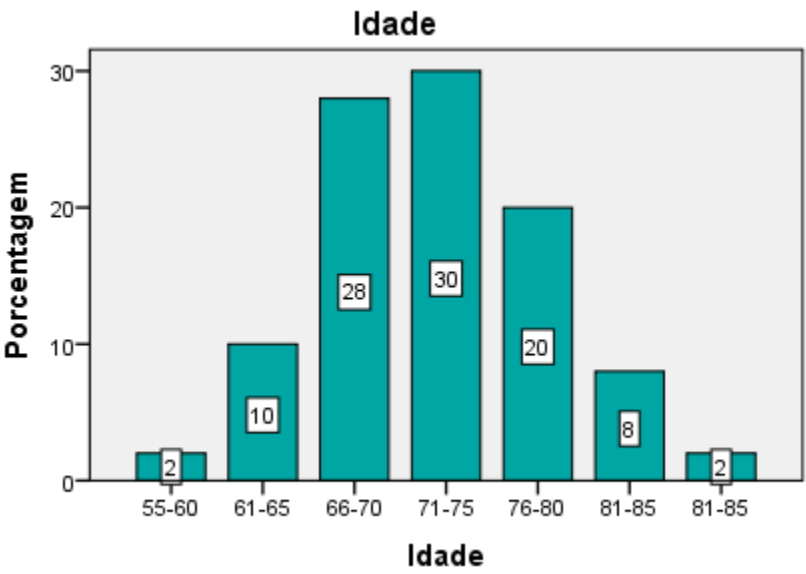


Gráfico nº 3

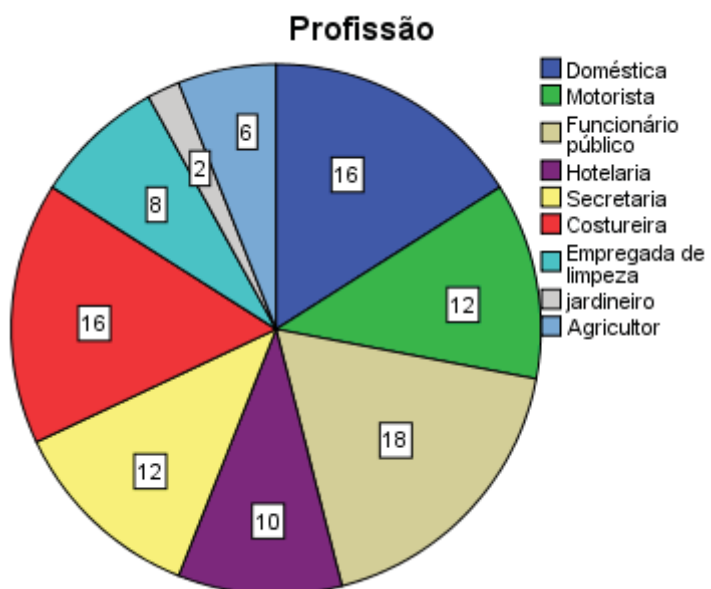


Gráfico nº 4

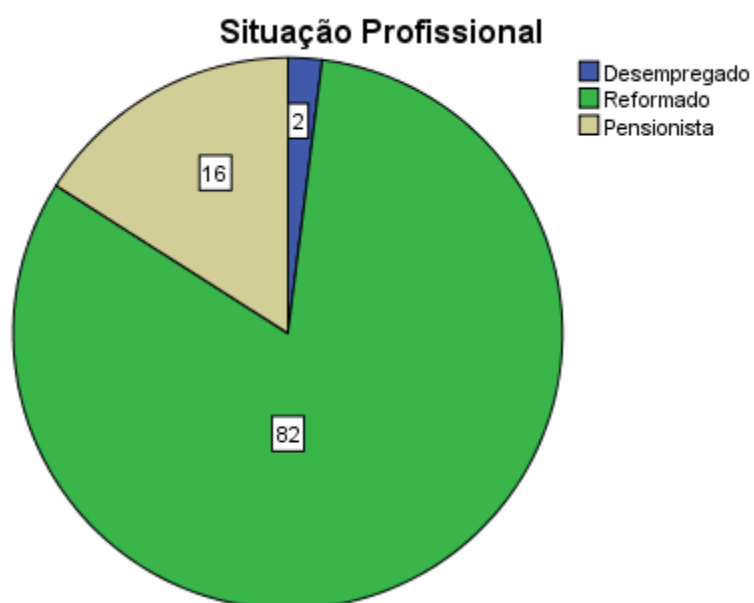


Gráfico nº 5



Gráfico nº 6

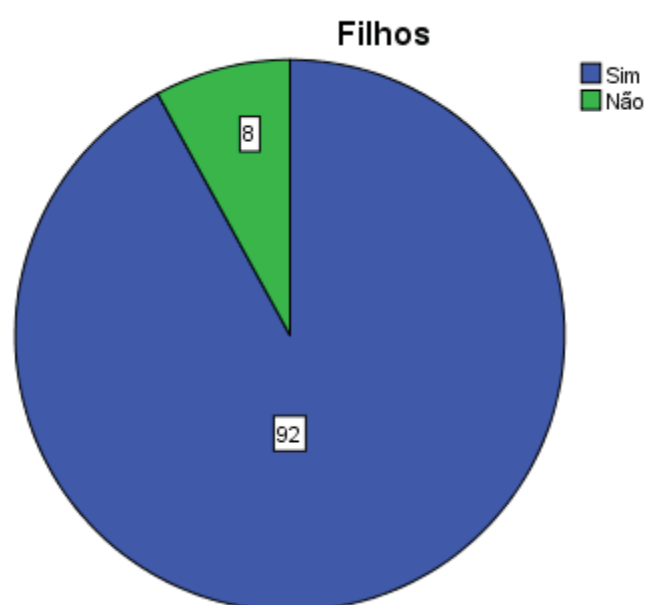


Gráfico nº 7

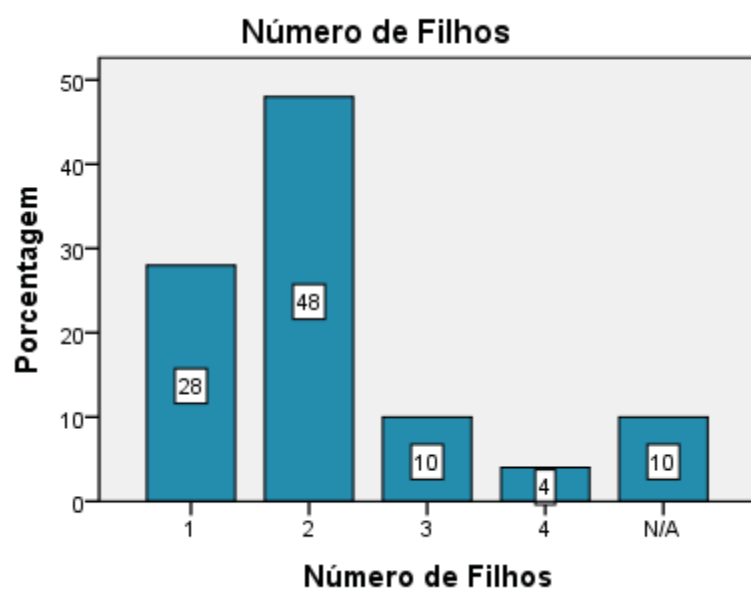


Gráfico nº 8

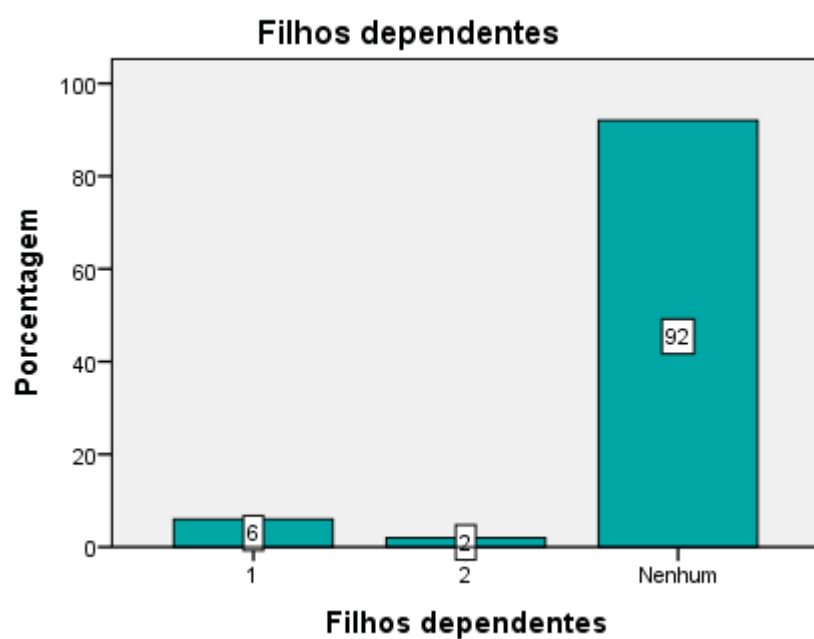


Gráfico nº 9

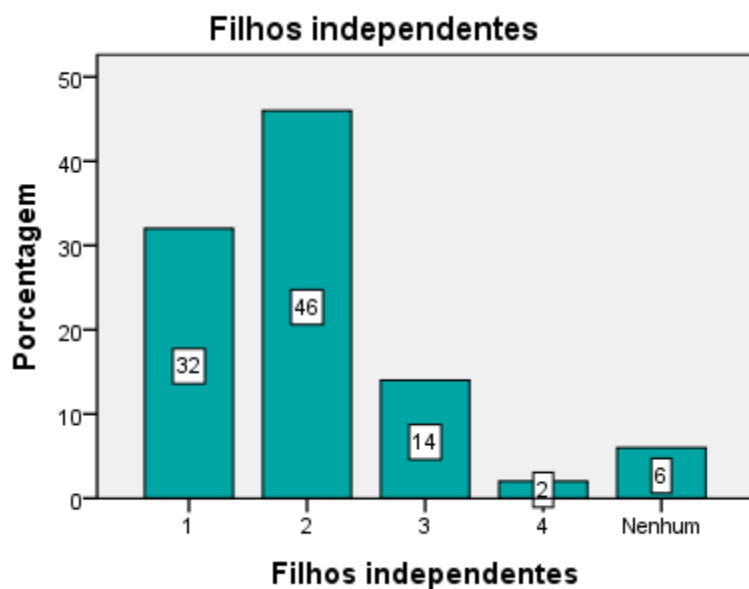


Gráfico nº 10



Gráfico nº 11



Gráfico nº 12

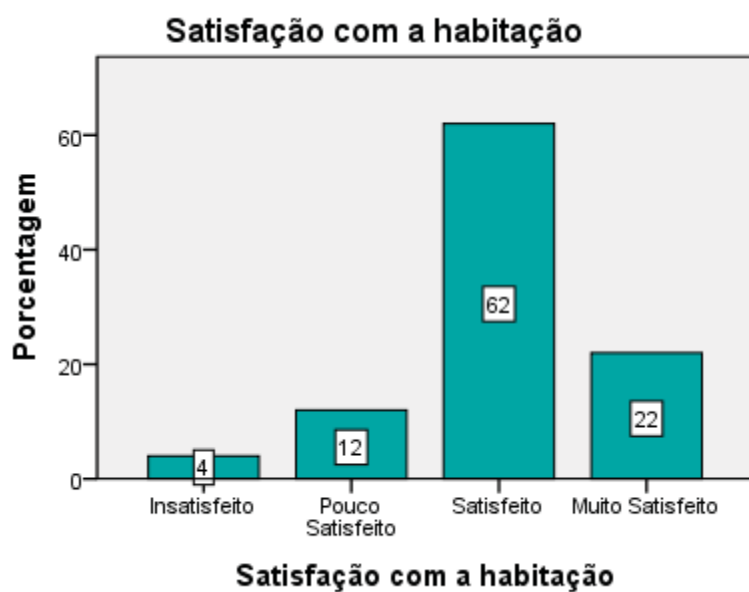


Gráfico nº 13

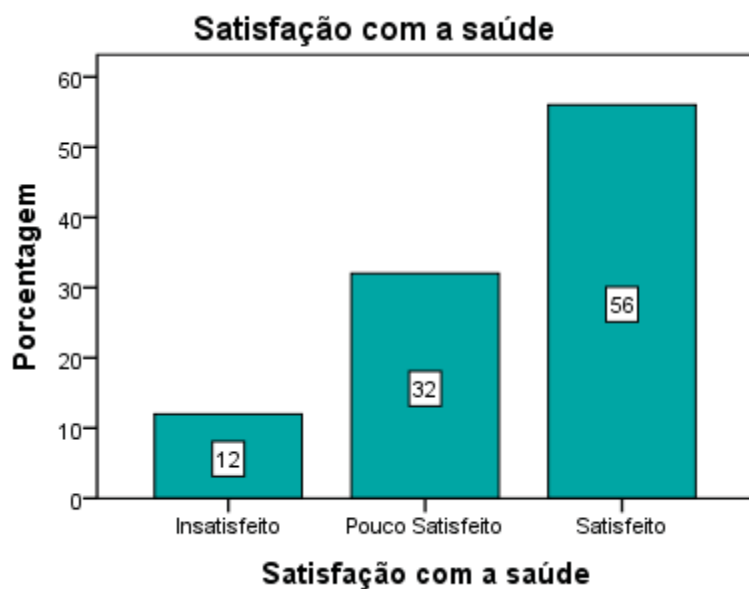


Gráfico nº 14

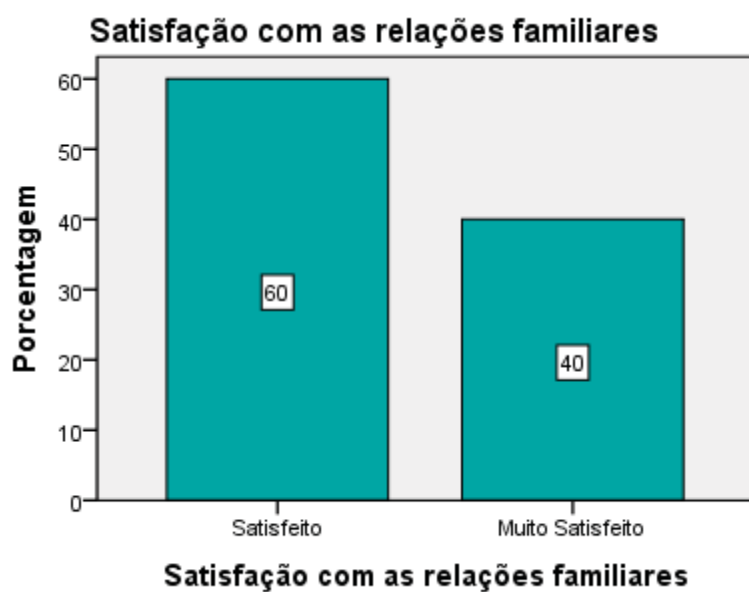


Gráfico nº 15

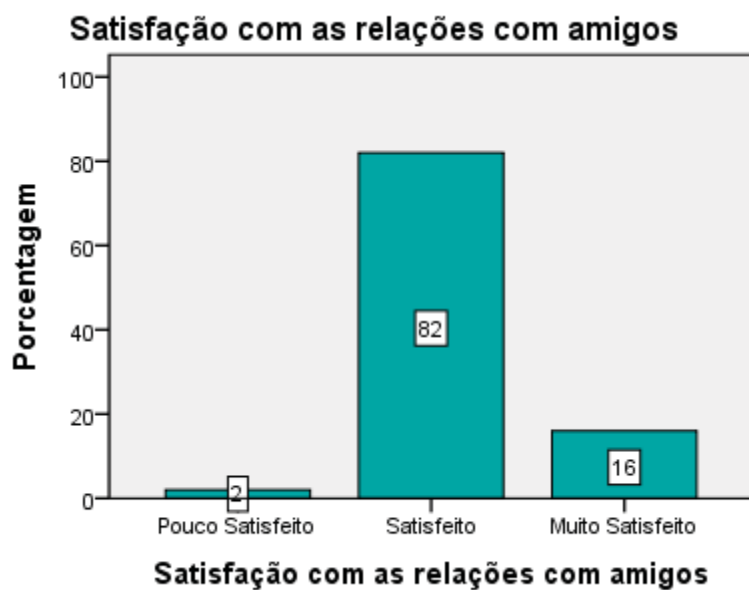


Gráfico nº 16

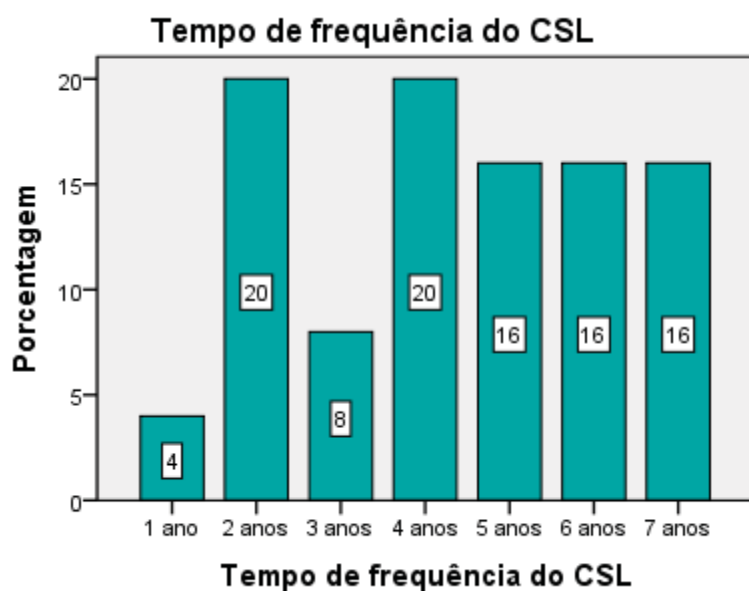


Gráfico nº 17

Motivos que levou o inquirido a frequentar o CSL

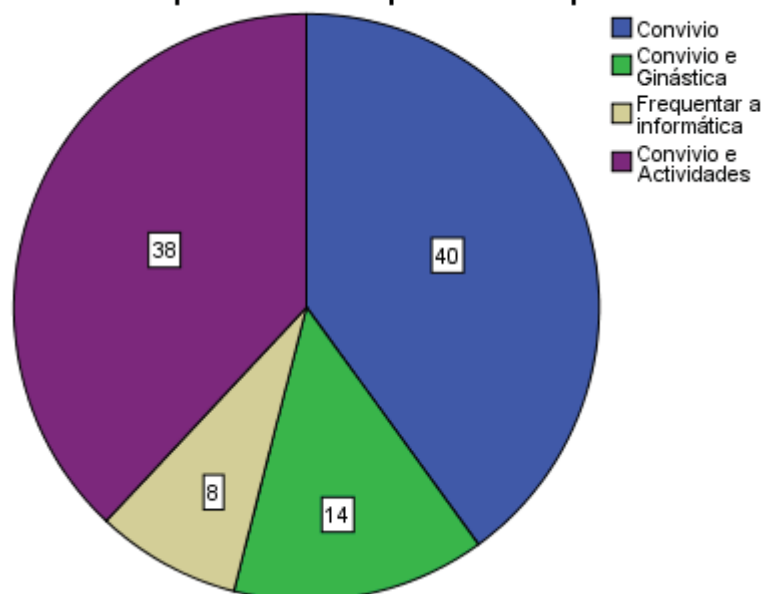


Gráfico n° 18

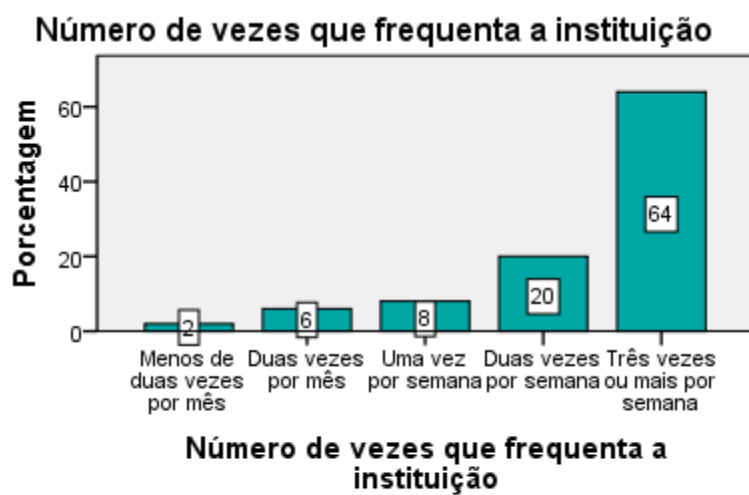


Gráfico n° 19

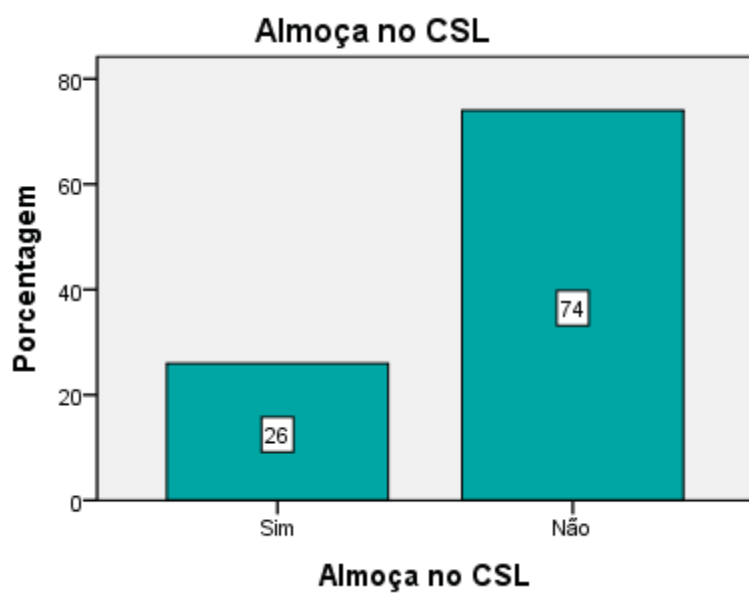


Gráfico nº 20

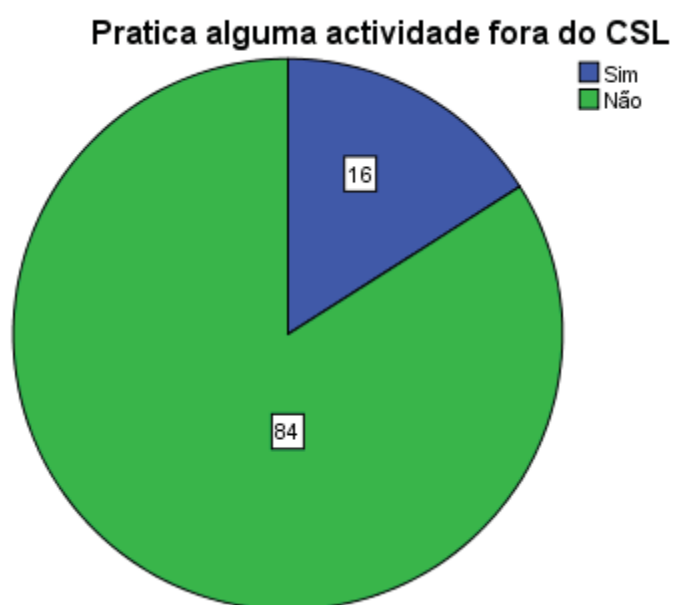


Gráfico nº 21



Gráfico nº 22



Gráfico nº 23

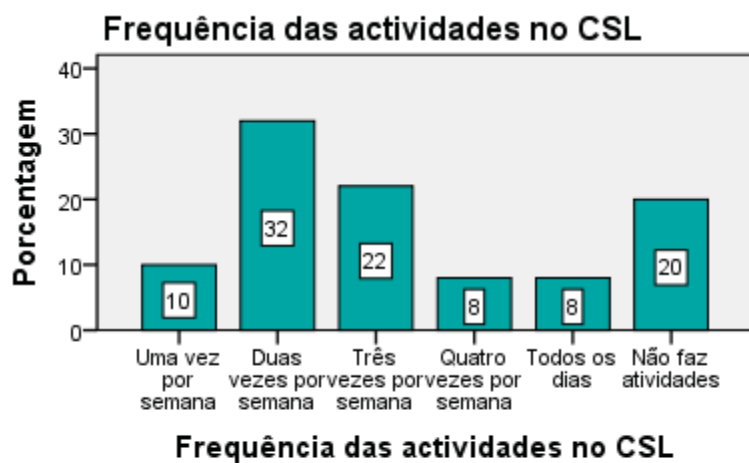


Gráfico nº 24

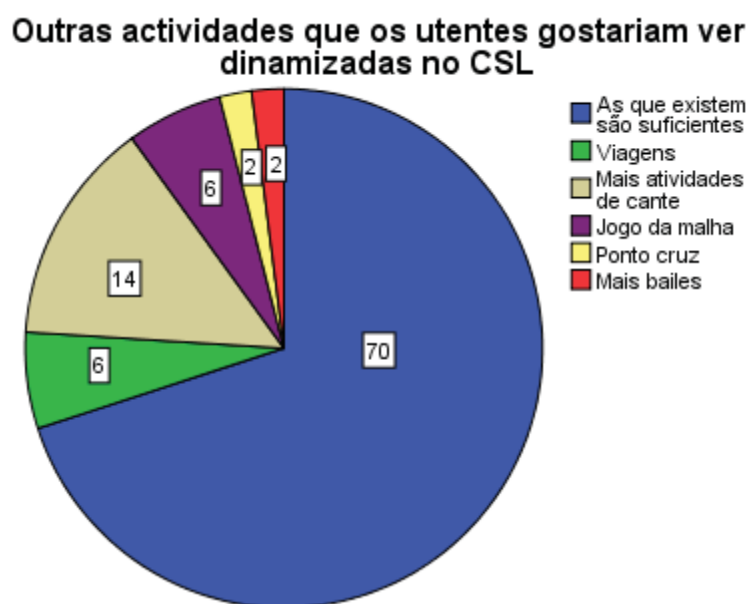


Gráfico nº 25

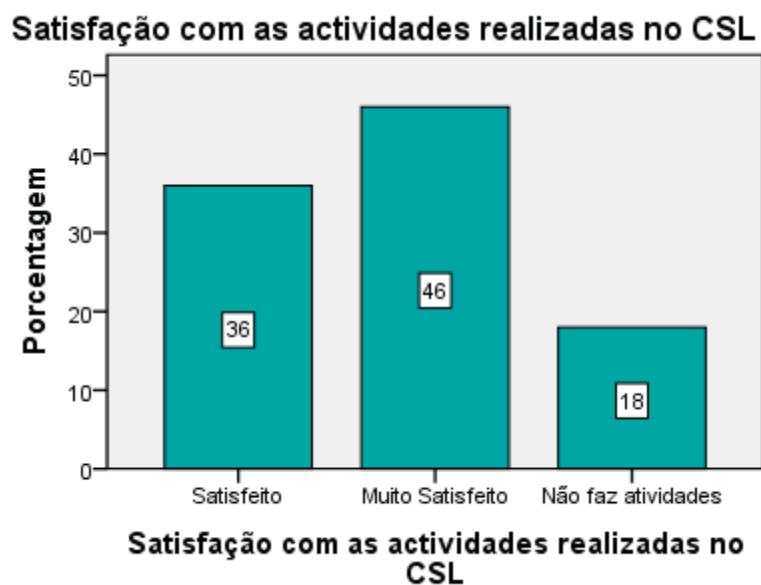


Gráfico nº 26



Gráfico n° 27

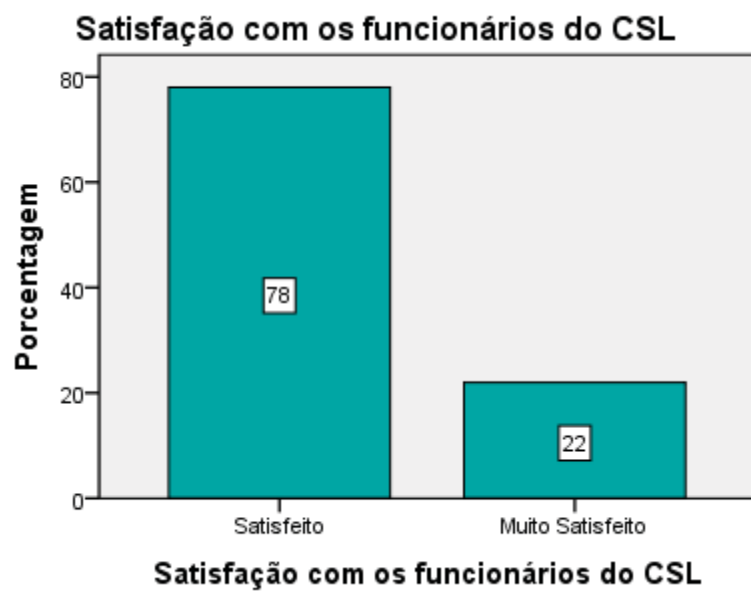


Gráfico n° 28

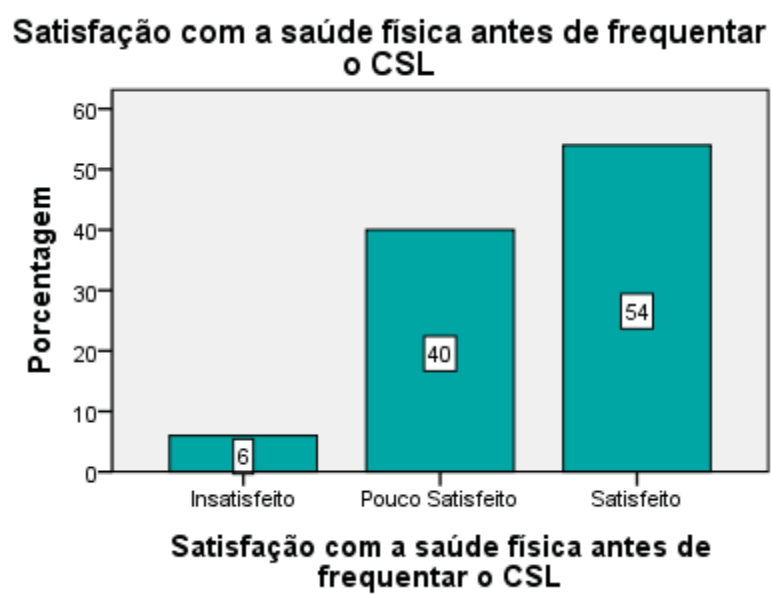


Gráfico n° 29

Utilização de medicamentos antes de frequentar o CSL

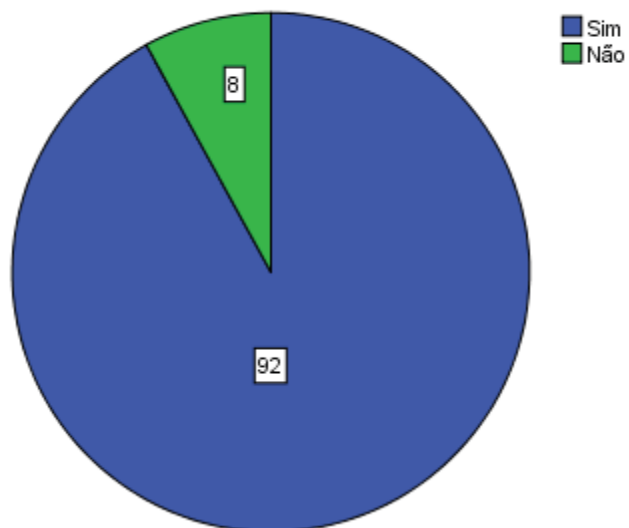


Gráfico n° 30

Quais os problemas para a utilização da medicação

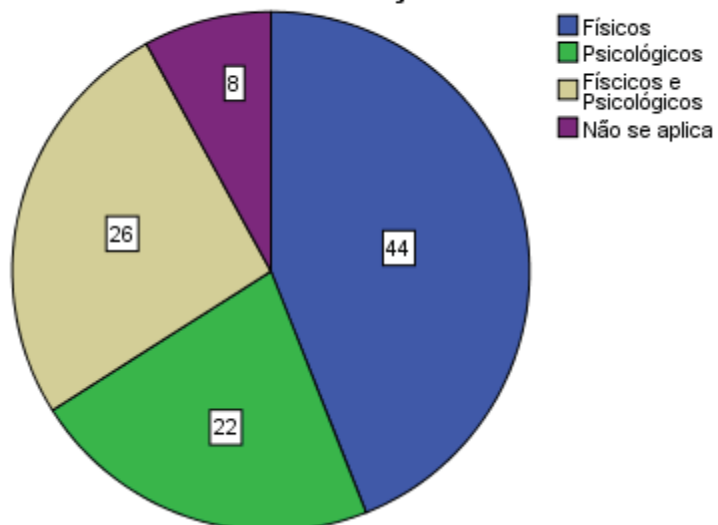


Gráfico nº 31

Utilização de medicação para problemas físicos

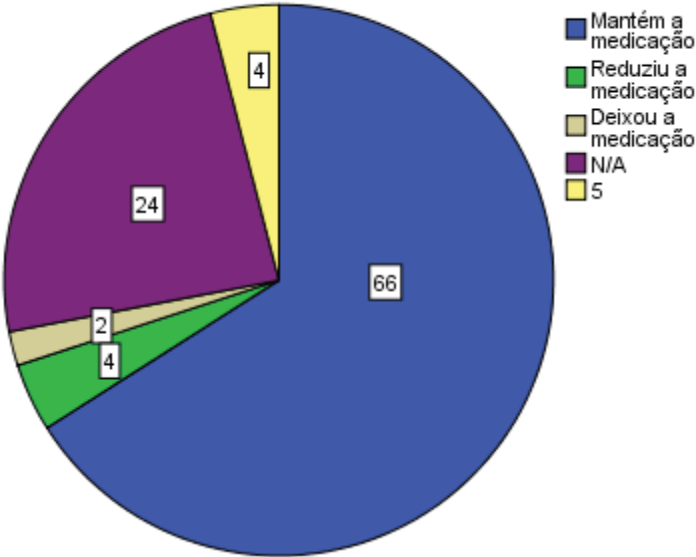


Gráfico nº 32

Utilização de medicação para problemas psicológicos

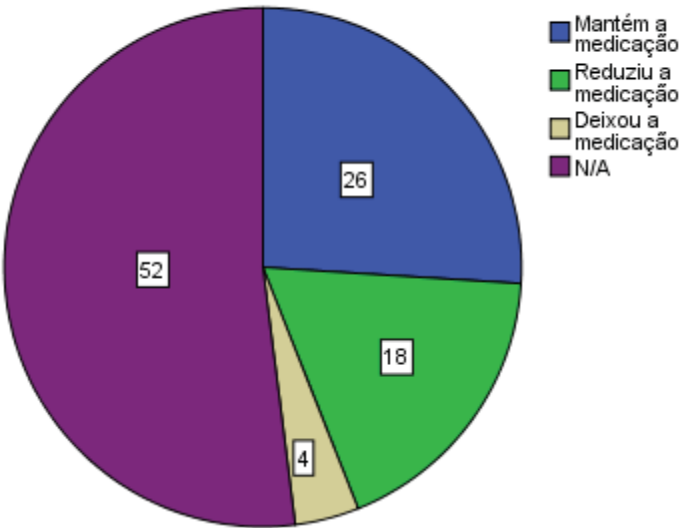


Gráfico nº 33

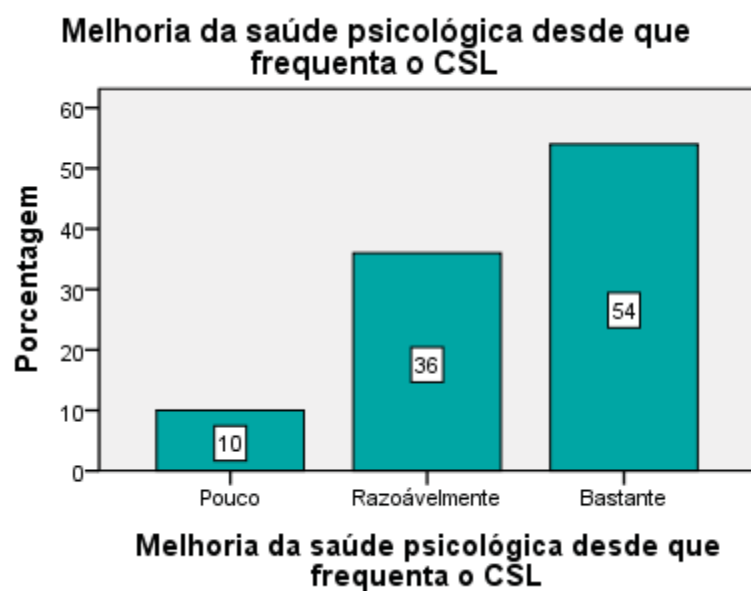


Gráfico nº 34

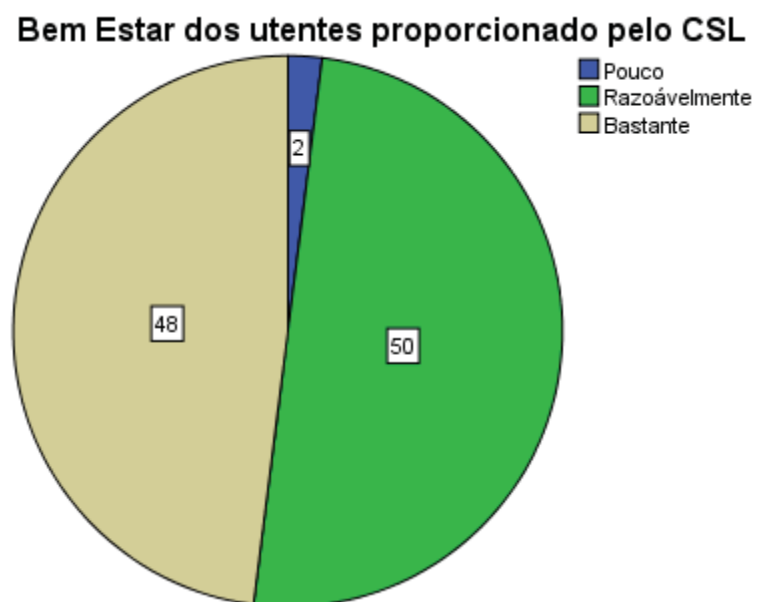


Gráfico nº 35

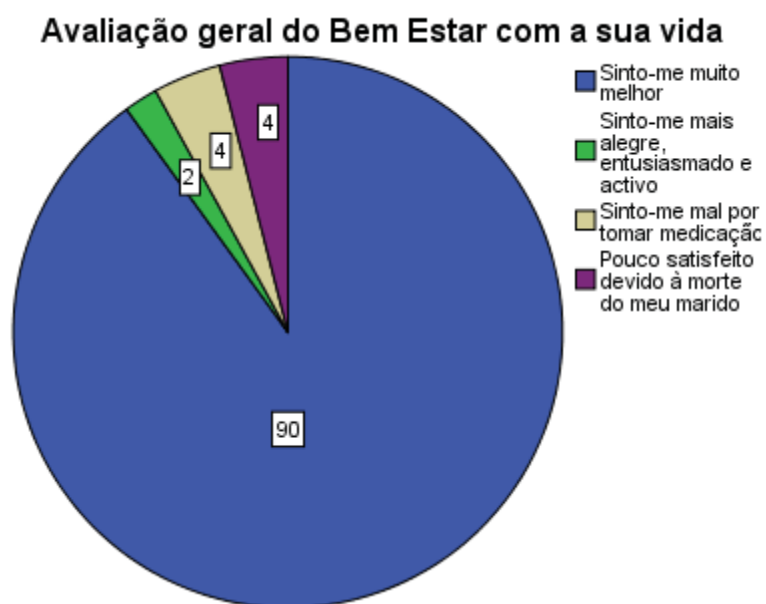
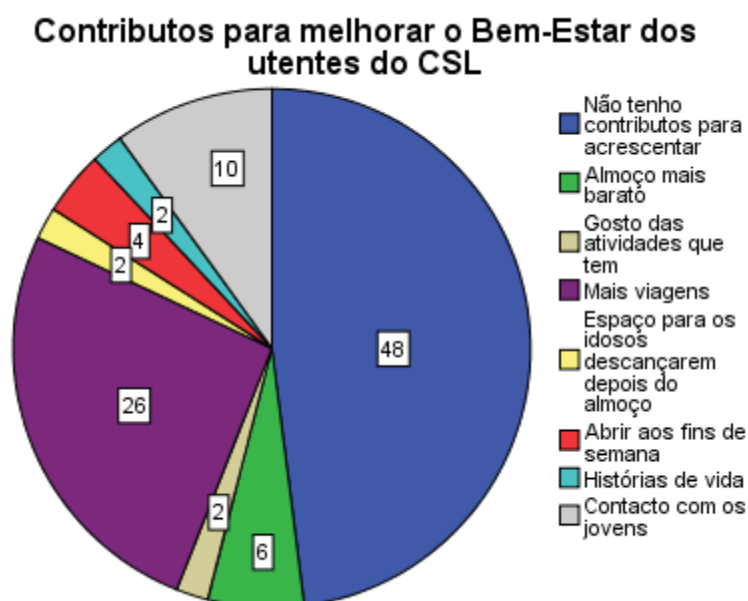


Gráfico nº 36



Apêndice III

Carta -. Pedido de autorização ao Presidente da Câmara Municipal de Beja

Exmo. Sr. Presidente

Câmara Municipal de Beja

Eng.º. João Rocha

Encontro-me a realizar o Mestrado em Psicogerontologia Comunitária, cuja tese pretende dar resposta a seguinte questão: “de que forma o Centro Social do Lيدador contribui para o Bem-Estar Subjectivo dos idosos?”.

Para levar a bom termo esta pesquisa, pedi ao Sr. Presidente da Câmara cessante a autorização devida para realizar o meu trabalho. Uma vez que é V.Ex.^a o actual Presidente do Município, venho reiterar o pedido de autorização para realizar as minhas pesquisas no referido Centro.

Subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Ana Carla de Araújo Orta

Beja, 3 de Fevereiro de 2014

Apêndice IV

Carta – Pedido de autorização à Diretora do Centro Social do Lيدador

Exma. Sra. Directora

Centro Social do Lídador

Dr.^a. Sara Serrano

Encontro-me a realizar o Mestrado em Psicogerontologia Comunitária, cuja tese pretende dar resposta a seguinte questão: “de que forma o Centro Social do Lídador contribui para o Bem-Estar Subjectivo dos idosos?”.

Para levar a bom termo esta pesquisa pedi ao Sr. Presidente da Câmara cessante a autorização devida para realizar o meu trabalho. Uma vez que também mudou a direcção do Centro Social do Lídador, venho solicitar a V.Ex.^a a possibilidade de dar continuidade a este trabalho, que no essencial se traduz por questionários e entrevistas.

Subcrevo-me com os melhores cumprimentos

Ana Carla de Araújo Orta

Beja, 3 de Fevereiro de 2014

Apêndice V

Carta Protocolo do Questionário

(Dirigida a dois docentes do IPBeja)

Exmo(a) Sr. Professor(a)

Assunto: Protocolo do questionário sobre o “Contributo do Centro Social do Lيدador para o Bem-Estar Subjectivo dos Idosos”.

Venho por este meio solicitar a V.Exa que aprecie o questionário que pretendemos aplicar para levar a cabo a nossa pesquisa sobre os “Contributos do Centro Social do Lيدador para o Bem-Estar Subjectivo dos Idosos” que o frequentam.

No corpo do questionário não usámos propositadamente o conceito de Bem-Estar Subjectivo, na medida que pensamos que este não seria compreensível. No entanto pensamos que as questões que colocamos permitem aferi-lo.

Com o objectivo de lhe facilitar a tarefa anexa-se um Protocolo de Avaliação, composto de duas partes: Aspectos específicos do questionário; Aspectos Globais do Questionário.

Muito obrigada pela atenção e colaboração

Ana Carla de Araújo Orta

Beja, 7/4/2014

Anexos

Anexo I

Protocolo de avaliação do questionário

(Submetido à aprovação de dois professores do IPBeja)

Protocolo de avaliação do questionário

O protocolo de avaliação é constituído por duas partes. A primeira (I) pretende avaliar aspectos particulares de cada uma das questões. A segunda (II) procura avaliar aspectos globais sobre as características gerais do questionário.

I - Aspectos específicos do questionário

Pergunta	A pergunta é importante para o objectivo do questionário					A redacção da pergunta não influencia as respostas					A pergunta é clara					As palavras são compreensíveis				
	totalmente de acordo	de acordo	indiferente	desacordo	completamente em desacordo	totalmente de acordo	de acordo	indiferente	desacordo	completamente em desacordo	totalmente de acordo	de acordo	indiferente	desacordo	totalmente em desacordo	Totalmente de acordo	De acordo	indiferente	desacordo	Completamente em desacordo
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				

26																			
27																			
28																			
29																			
30																			
31																			
32																			

Parte II – Aspectos Globais do Questionário

1. A apresentação do questionário é:

Muito adequada ☐ Adequada ☐ Normal ☐ Pouco adequada ☐ Nada adequada ☐

2. As instruções para responder ao questionário são:

Muito adequadas ☐ Adequadas ☐ Normais ☐ Pouco adequadas ☐ Nada adequadas ☐

3. O questionário é:

Muito adequado ☐ Adequado ☐ Normal ☐ Pouco adequado ☐ Nada adequado ☐

4. As questões colocadas para conhecer o grau de satisfação dos inquiridos são:

Muito adequadas ☐ Adequadas ☐ Normais ☐ Pouco adequadas ☐ Nada adequadas ☐

5. As questões colocadas para conhecer a natureza das actividades realizadas no Centro são:

Muito adequadas ☐ Adequadas ☐ Normais ☐ Pouco adequadas ☐ Nada adequadas ☐

6. As questões colocadas para compreender o contributo do Centro para o bem-estar dos idosos são:

Muito adequadas ☐ Adequadas ☐ Normais ☐ Pouco adequadas ☐ Nada adequadas ☐

7. Quanto a extensão o questionário é:

Muito adequado ☐ Adequado ☐ Normal ☐ Pouco adequado ☐ Nada adequado ☐

Anexo II

Regulamento do Centro Social do Lيدador

Regulamento do Centro Social do Lidador

Artigo 1º

Definição

O Centro Social do Lidador, sito no Largo do Lidador, em Beja, adiante designado por Centro, é um equipamento municipal, constituindo-se como um projecto estruturante, enquadrado na primeira linha de orientação do Plano de Desenvolvimento Social do Concelho de Beja — “Criação, extensão e qualificação de equipamentos e serviços de apoio social”, reconhecida por todos os parceiros como fundamental para a promoção do desenvolvimento social.

Artigo 2º

Objectivos

- a) Criar condições que permitam melhorar a qualidade de vida do idoso, sendo considerado como tal, para efeitos do presente regulamento, o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos e ou o indivíduo em situação de reformado ou pensionista.
- b) Minimizar o isolamento, solidão e dependência, através da animação sócio – cultural como forma de promoção social e pessoal destes cidadãos, cujo papel ainda é socialmente desvalorizado.
- c) Contribuir para a integração social deste grupo etário, valorização da auto-estima e mudança de atitude, trabalhando a sua imagem social através de actividades de animação e ocupação.
- d) Valorizar, numa perspectiva intergeracional, o aproveitamento e transmissão de saberes da população idosa, quer nas áreas das actividades tradicionais, quer com novas experiências, criando ateliers polivalentes em interacção com as escolas.
- e) Recolher o capital de memória desta população como forma de defesa e preservação de uma identidade cultural local.
- f) Contribuir para o reforço e consolidação das redes de apoio social já existentes, estruturando uma parceria local por forma a rentabilizar os recursos vocacionados para esta população-alvo.
- g) Promover o intercâmbio com todas as escolas, em particular as escolas profissionais com áreas de formação relacionadas com os objectivos do Centro, de modo a estimular a fixação dos jovens, reforçando localmente o mercado social de emprego, através da disponibilização de espaços de aplicação dos seus conhecimentos e de desenvolvimento das suas capacidades.
- h) Promover e rentabilizar o voluntariado social.

Artigo 3º

Estrutura

O Centro será constituído por uma equipa técnica, coordenada por um/uma coordenador/a que funcionará na dependência directa do Gabinete de Desenvolvimento Social – Equipa Multidisciplinar de Desenvolvimento Social.

Artigo 4º

Funcionamento e actividades

- a) O Centro irá funcionar entre Segunda e Sexta, com o seguinte horário:
 - i) — Horário de Verão — De 1 de Maio a 30 de Setembro: abertura às 9. 30 h e encerramento às 18. 30 h.
 - ii) — Horário de Inverno — De 1 de Outubro a 30 de Abril: abertura às 9. 30 h e encerramento às 18. 00 h.
 - iii) — O Centro encerra aos sábados, domingos e feriados.
- b) O Centro irá dinamizar actividades de carácter recreativo, cultural, associativo, de apoio social, de lazer e de cidadania.
- c) As actividades serão dinamizadas pela equipa técnica interna e ou por entidades externas, parceiras ou não da Câmara Municipal de Beja, que queiram associar -se ao projecto.
- d) Poderão ainda existir actividades dinamizadas por voluntários, desde que vão de encontro aos objectivos do projecto e devidamente enquadrados pela equipa técnica.
- e) Para a dinamização das actividades da responsabilidade de entidades externas ao Município poderão ou não ser celebrados protocolos de colaboração.

Artigo 5º

Instalações e condições de funcionamento

- a) O Centro será aberto à população em geral, sendo estimulada a utilização livre dos diferentes espaços comuns do edifício, nomeadamente a sala de estar/cafetaria, o logradouro exterior, a sala de exposições, o salão e a sala de leitura/informática.
- b) Pese embora o disposto na alínea anterior, salvaguarda-se a prioridade de utilização por parte de idosos/reformados sempre que a limitação de espaço/nº de participantes assim o justifique.
- c) Para o exercício desta prioridade no que toca a limites e ordem de inscrição nas diferentes actividades, o critério de selecção será o da maior idade.

Artigo 6º

Fornecimento de refeições

- a) O Centro dispõe de uma cafetaria, aberta ao público em geral, cujo funcionamento será assegurado, por meios próprios ou por instituições externas, com consulta ao mercado.
- b) O Centro fornece almoços, diariamente, até um limite máximo de 40.
- c) O Centro não fornece refeições para o exterior.
- d) O acesso ao almoço será feito mediante a aquisição, de véspera, de uma senha de refeição.
- e) Caso o número de senhas vendidas não atinja o número limite definido poderão ainda ser vendidas senhas de refeição pela seguinte ordem:
 - 1. Familiares de utentes
 - 2. População em geral.
- f) Para todas as disposições das alíneas anteriores do presente artigo, deve salvaguardar-se o disposto nas alíneas b) e c) do número anterior.

Artigo 7º

Disposições finais

O presente regulamento entra em vigor na data de abertura ao público das instalações do Centro Social do Lidador e pode ser alterado, de acordo com definições inerentes ao melhor interesse dos seus beneficiários ou do Município, sem prejuízo, quanto à entrada em vigor, do disposto no artigo 91º da lei n.º 169/99, de 18 de Setembro.

Para constar se produziu o presente edital, que vai ser publicado no *Diário da República*, no boletim municipal e nos lugares de estilo do concelho de Beja.

NOTA: Esta versão regulamentar foi aprovada pela Assembleia Municipal em **02.05.2011** e enviada para o GCI, para publicação no site da Câmara

Índice

Resumo	1
Abstrat	2
Introdução	3
Parte I – Enquadramento Teórico	4
1. Contexto Histórico e Social da Velhice	4
2. Envelhecimento Demográfico na Sociedade Contemporânea	8
3. Caracterização da Velhice e do Envelhecimento	11
4. Etapas do Envelhecimento	13
5. Dimensões do Envelhecimento	18
6. Formas de Envelhecimento	22
7. Velhice e Bem-Estar Subjetivo	27
8. Centros de Dia e Bem-Estar Subjetivo	34
Parte II– Estudo Empírico	37
1. Centro Social do Lidador	37
2. Enquadramento Metodológico	39
2.1. Problemática	39
2.2. Técnicas de Recolha de Dados	40
2.3. Definição da Amostra	40
3. Análise e Discussão dos Resultados	41
Parte III – Projeto de Intervenção	68
1. Planificação e Descrição das Atividades	70
2. Cronograma	76
3. Viabilidade do Projeto	77
Conclusão	77
Bibliografia	79
Apêndices	85
Anexos	121

Índice das Tabelas

Tabela nº 1: Género	42
Tabela nº 2: Idade	42
Tabela nº 3: Habilitações	43
Tabela nº 4: Profissão	43
Tabela nº 5: Situação profissional	44
Tabela nº 6: Estado civil	44
Tabela nº 7: Filhos	45
Tabela nº 8: Número de filhos	45
Tabela nº 9: Filhos dependentes	45
Tabela nº 10: Satisfação com a profissão que exercia	46
Tabela nº 11: Satisfação com a situação económica	46
Tabela nº 12: Satisfação com a habitação	47
Tabela nº 13: Satisfação com a saúde	47
Tabela nº 14: Satisfação com as relações familiares	48
Tabela nº 15: Satisfação com as relações com os amigos	48
Tabela nº 16: Tempo de frequência do CSL	49
Tabela nº 17: Motivo que levou o inquirido a frequentar o CSL	49
Tabela nº 18: Número de vezes que frequenta a instituição	50
Tabela nº 19: Almoça no CSL	50
Tabela nº 20: Gosta da alimentação	50
Tabela nº 21: Pratica alguma atividade fora do CSL	51
Tabela nº 22: Atividades praticadas fora do CSL	51
Tabela nº 23: Pratica atividades no CSL	51
Tabela nº 24: Actividade praticadas no CSL	52

Tabela nº 25: Frequência das atividades no CSL	52
Tabela nº 26: Que outras atividades gostaria que fossem dinamizadas no CSL	53
Tabela nº 27: Satisfação com as atividades realizadas no CSL	53
Tabela nº 28: Satisfação em relação ao convívio entre homens e mulheres no CSL	54
Tabela nº 29: Satisfação com os funcionários do CSL	54
Tabela nº 30: Bem: Como se sentia Antes e Depois de frequentar o CSL	55
Tabela nº 31: Animado: Como se sentia Antes e Depois de frequentar o CSL	55
Tabela nº 32: Alegre: Como se sentia Antes e Depois de frequentar o CSL	56
Tabela nº 33: Ativo: Como se sentia Antes e Depois de frequentar o CSL	57
Tabela nº 34: Satisfeito: Como se sentia Antes e Depois de frequentar o CSL	57
Tabela nº 35: Entusiasmado: Como se sentia Antes e Depois de frequentar o CSL	58
Tabela nº 36: Tranquilo: Como se sentia Antes e Depois de frequentar o CSL	59
Tabela nº 37: Impaciente: Como se sentia Antes e Depois de frequentar o CSL	59
Tabela nº 38: Desanimado: Como se sentia Antes e Depois de frequentar o CSL	60
Tabela nº 39: Aborrecido: Como se sentia Antes e Depois de frequentar o CSL	61
Tabela nº 40: Irritado: Como se sentia Antes e Depois de frequentar o CSL	61
Tabela nº 41: Triste: Como se sentia Antes e Depois de frequentar o CSL	62
Tabela nº 42: Angustiado: Como se sentia Antes e Depois de frequentar o CSL	63
Tabela nº 43: Deprimido: Como se sentia Antes e Depois de frequentar o CSL	63
Tabela nº 44: Utilização de medicamentos antes de frequentar o CSL	64
Tabela nº 45: Quais os problemas para a utilização da medicação	64
Tabela nº 46: Utilização da medicação para problemas físicos	64
Tabela nº 47: Utilização da medicação para problemas psicológicos	65
Tabela nº 48: Melhoria da saúde física desde que frequenta o CSL	65
Tabela nº 49: Melhoria da saúde psicológica desde que frequenta o CSL	65
Tabela nº 50: Bem-estar dos utentes proporcionado pelo CSL	66

Índice dos Apêndices

Apêndice I – Questionário	86
Apêndice II – Gráficos	97
Apêndice III – Carta – Pedido de autorização ao Presidente da CMB	116
Apêndice IV – Carta – Pedido de autorização à Diretora do CSL	118
Apêndice V – Carta – Protocolo do questionário	120

Índice dos Anexos

Anexo I – Protocolo de avaliação do questionário	122
Anexo II – Regulamento do Centro Social do Lيدador	126

Resumo

Com este trabalho pretende-se aprofundar o conhecimento sobre a problemática do envelhecimento. Numa primeira parte abordamos o contexto histórico e social da velhice, onde pretendemos explicitar que o conceito e a atitude relativos à velhice variam ao longo da história e de cultura para cultura. Com efeito, por exemplo, nas sociedades arcaicas o velho é venerado, em oposição ao que se passa atualmente nas sociedades ocidentais, onde o velho é ostracizado. Mais adiante abordamos a questão do envelhecimento nas sociedades industrializadas e nas sociedades emergentes, onde está cada vez mais presente, o que levanta problemas que carecem ser solucionados através de políticas de saúde pública adequadas. Nos capítulos seguintes tentámos explicitar em que consiste a complexidade da velhice e do envelhecimento, nomeadamente no que diz respeito às suas etapas (envelhecimento primário, secundário e terciário), às suas dimensões (envelhecimento biológico, psicológico e social) e às suas diversas formas (envelhecimento bem-sucedido, ativo, saudável, etc.). Exploramos depois a questão do Bem-estar Subjetivo e o conhecimento sobre Centros de Dia, aspectos que constituem o fulcro do nosso trabalho, dado que pretendemos saber em que medida estas instituições contribuem para o BES. Estes dois temas, em particular, serviram de suporte à nossa pesquisa empírica e à concepção de um projeto de intervenção a realizar no Centro Social do Lidador, em Beja. O objetivo principal deste projeto consiste em desenvolver atividades que promovam o Bem-estar Subjetivo dos idosos que frequentam esta instituição. As temáticas em torno das quais se centra o projeto prendem-se com a música e com os contatos intergeracionais, dado que estas dimensões foram as duas mais sugeridas pelos idosos inquiridos na pesquisa empírica realizada no referido Centro.

Palavras-chave: envelhecimento, envelhecimento biológico, envelhecimento psicológico, envelhecimento social, Bem-estar Subjectivo, Centros de Dia.

Abstract

This work consists of a theoretical component of research, a component of empirical research and practical part, we intend to explore knowledge about aging issues. In the first chapter we discuss the historical and social context of aging, which aim to explain the concept and attitude relating to old age vary throughout history and from culture to culture. Indeed, for example, in archaic societies old is revered as opposed to what is currently happening in Western societies, where the old is ostracized. Later addressing the issue of aging in industrialized societies and emerging companies, which are increasingly present, which raises issues that need to be addressed through appropriate public health policies. In the next four chapters we tried to explain what is the complexity of old age and aging, particularly as regards its stages (primary aging, secondary and tertiary), its dimensions (biological, psychological and social aging) and its various forms (successful aging, active, healthy, etc.). Then explore the issue of Subjective Well-being and awareness of Day Centers, aspects that are the focus of our work, since we want to know to what extent these institutions contribute to the BES. These two themes, in particular, serve to support our empirical research and the design of an intervention project to be held in the Social Center Lidador in Beja. The main objective of this project is to develop activities that promote the Subjective Well-being of older people who attend this institution. The themes around which the project focuses are linked to music and intergenerational contacts, as these were the two dimensions suggested by the elderly respondents in empirical research conducted at the Center.

Keywords: aging, biological aging, psychological aging, social aging, Subjective Well-being, Day Centres

Introdução

A realização de estudos sobre a terceira idade é cada vez mais pertinente, dado que o envelhecimento cresce de forma acentuada nas sociedades ocidentais e nas sociedades emergentes contemporâneas.

Por isso, o apoio psicossocial é cada vez mais uma realidade incontornável, dado que a velhice traz consigo problemas de natureza biológica, tais como os variados graus e formas de dependência, de natureza psicológica, tais como a tristeza, a angústia e a depressão, e de natureza social, tais como o isolamento e a precaridade de relações sociais e familiares. Assim, crescem as necessidades em instituições sociais, públicas (do Estado) e/ou privadas (IPSS, voluntariado, etc.) para prestar esse apoio, para evitar o abandono a que está, com frequência, sujeita a população idosa.

É no âmbito desta temática que desenvolvemos este estudo, que orientámos particularmente para a questão do Bem-estar Subjetivo dos idosos em contexto de Centros de Dia. A nossa pesquisa empírica recaiu sobre o Centro Social do Lيدador, em Beja.

A escolha desta instituição prende-se com os contatos anteriores que temos estabelecido com a mesma, que nos permitiram observar o papel que esta instituição tem prestado para o Bem-estar dos idosos que a frequentam. Tais contatos conduziram-nos à questão de partida - “Em que medida o Centro Social do Lيدador contribui para o Bem-estar dos idosos que o frequentam?” – que, conjuntamente com os objetivos que enunciaremos a seguir, orientaram a nossa pesquisa.

Assim, ancorado na nossa questão de partida, o nosso estudo orientou-se pelos seguintes objetivos:

- aprofundar o conhecimento sobre o fenómeno do envelhecimento, particularmente no que diz respeito a etapas, dimensões, formas, Bem-estar Subjetivo e centros de dia;
- compreender o contributo do Centro Social do Lيدador para o Bem-Estar Subjetivo dos Idosos que o frequentam.

-Desenvolver um projeto de intervenção que permita a promoção do bem-estar subjetivo dos idosos do Centro Social do Lidador.

Para a atingir os nossos objetivos desenvolvemos o nosso estudo em três partes.

A primeira prende-se com uma abordagem teórica sobre a problemática do envelhecimento, tratando de vários aspectos da sua complexidade, nomeadamente no que diz respeito ao contexto histórico e social da velhice e ao envelhecimento demográfico na sociedade contemporânea, bem como às etapas do envelhecimento (primário, secundário, terciário), às dimensões do envelhecimento (biológico, psicológico, social) e às formas de envelhecimento bem-sucedido, ativo, saudável), tudo isto para sustentar a compreensão sobre o Bem-estar Subjetivo que constitui o eixo da nossa pesquisa.

A segunda parte consta de um estudo empírico realizado no Centro Social do Lidador, em Beja, levado a cabo por intermédio de um inquérito por questionário aplicado a uma amostra de 50 idosos, onde pretendemos avaliar em que medida essa instituição contribui para o Bem-estar Subjetivo dos seus utentes.

Na terceira parte propõe-se a realização de um projeto de intervenção, cuja fundamentação parte do diagnóstico realizado na segunda parte do nosso estudo. A proposta de intervenção centra-se na música tradicional, o cante e a viola campaniça, ao que se acrescenta a música urbana e conversas que permitam promover o intercâmbio entre idosos, crianças, jovens.

Parte I – Enquadramento Teórico

Como já foi sublinhado, nesta parte da nossa tese, desenvolveremos, ao longo dos capítulos que se seguem, a problemática da velhice.

1. Contexto Histórico e Social da Velhice

A velhice é uma construção social tal como todas as categorias de idade, conforme demonstra Ariès (1981): varia no espaço e no tempo. Pereira (2005), citando o trabalho de Ariès sobre a *História Social da Criança e da Família*, exemplifica a construção social das categorias de idade, mostrando como a infância – uma categoria que não existia na Idade Média – foi sendo gradualmente constituída a partir do Séc.

XIII, uma vez que as crianças, desde que a capacidade física lhes permitisse, integravam o mundo do trabalho e a vida social dos mais velhos (37). O mesmo se pode dizer em relação à velhice, cuja representação varia de sociedade para sociedade, como varia ao longo do tempo. É o que nos confirma Botelho (2011:22) ao afirmar que “cada sociedade no seu contexto e momento histórico tem dado um papel à velhice, positiva ou negativamente, o qual depende do modelo de homem ideal que impera em cada momento”.

Com efeito, as sociedades arcaicas ou ditas primitivas são gerontocráticas porque nelas o poder, quer seja político, quer seja social, quer seja simbólico é atributo dos mais velhos. Diz-se hoje na gíria da sociedade da informação que quem detém o conhecimento detém o poder, como se isso fosse uma característica singular da sociedade contemporânea. De fato, ao longo da história da humanidade sempre foi assim: no passado era armazenado na memória ao longo das histórias de vida e transmitido pela oralidade às gerações seguintes; na atualidade o conhecimento mais reconhecido, o conhecimento científico é também um atributo do poder. Nas sociedades arcaicas, segundo nos dizem Radcliff-Brown e Forde, “o poder é assumido na família pelo mais velho ancião e na aldeia pelo Conselho de Anciãos” (1982:401). A velhice é por isso venerada neste tipo de sociedades, onde o velho é sustentado pela família quando perde a capacidade para o trabalho, sem no entanto perder o prestígio, que cresce à medida que a velhice avança. É o que nos diz Agreda (1999), citado por Botelho (2011:22) ao afirmar que “na atualidade pode-se observar em culturas sem escrita que o papel do idoso é o de ser o depositário da sabedoria e transmissor da mesma, sendo ao mesmo tempo a memória do seu povo”.

Nas sociedades da antiguidade tais como a China e o Japão, ou ainda entre os Astecas da América do Sul, “o ancião era visto com uma áurea de privilégios que lhe concedia uma vida longa e como resultado, este ocupava um lugar primordial, onde a longevidade se associava com a sabedoria e a experiência” (Lemos et al, sd: 2). O mesmo se passava no Antigo Egito, segundo nos diz Botelho (2011:22), onde “o idoso possuía um estatuto resguardado, situação esta que se encontrava relacionada com a forma como a estrutura familiar se assumia no seio da sociedade”. Tal situação é-nos confirmada por Agreda (1999), ao afirmar que “o ancião tinha um estatuto social honorável, sendo a instituição mais importante para a comunidade” (Botelho:22).

Da mesma forma, a Grécia Clássica, apesar de valorizar o ideal de juventude, valorizava igualmente os idosos a quem era atribuída “a virtude da sabedoria”, uma vez que era a eles que competia educar os jovens e “guiar seus passos”, sendo consultados e apreciados como conselheiros privilegiados (Agreda, 1999, citado por Botelho, 2011:22).

De igual modo, segundo Lemos et al (sd:2), na sociedade romana, o direito concedia aos anciãos a autoridade de *pater familias*. “A República Romana também conferia cargos importantes no senado aos anciãos como *patrícios*”, poder que ficou registado na história por Cícero, na obra “A Senectude”, onde exaltava a imagem positiva da velhice. Como afirma Leme, “a mais importante instituição de poder, o Senado, deriva o seu nome de *senex* (idoso), valorizando a experiência destes cidadãos” (2002:17). No Antigo Egipto, como afirma Botelho (2011:24) “o idoso, devido à sua experiência, era um cidadão cuja opinião era tida em conta”.

(Prado, sd :4), explicita que nas sociedades mais recuadas “os idosos gozavam de prestígio e eram respeitados pelos demais em sua autoridade e sabedoria: uma «idade de ouro da velhice» ou uma «gerontocracia» derivada da posição de patriarcas em extensas famílias onde os velhos detinham conhecimento e poder”.

Mas este prestígio do idoso não é intemporal. Com efeito, na Idade Média, nascida depois da queda do Império Romano, o prestígio do idoso perde-se com a religião católica. É o que nos diz Agreda (1999), ao lembrar que “os autores cristãos utilizam a velhice como imagem representativa do pecado, (...), sendo esta um mal que vem do castigo divino pelos pecados do homem: só no paraíso ninguém se faz velho nem morre” (Botelho, 2011:23). Lemos et al (sd:3), descrevem uma perspectiva idêntica da velhice neste período da história: “em termos gerais, a etapa do Cristianismo expôs uma visão negativa da velhice ao associá-la a «decrepitude, feiura e pecado»”, bem como considerada amoral, tal como é expresso por Santo Agostinho (354-430), autor de referência fundamental para este período da história. Por exemplo, “o século VI identificou a velhice com a cessação da atividade, iniciando ali a concepção moderna de isolamento dos velhos em retiros” (Lemos et al, sd:3).

A visão negativa da velhice prolonga-se pelos períodos históricos seguintes. É o que acontece no Renascimento, onde o desprezo pela velhice se manifesta nas artes e nas letras. Agreda (1999), citado por Botelho acrescenta que “os pintores italianos ignoram a velhice, os flamengos e os alemães. Desprezam-na, especialmente a mulher

velha que é representada como enrugada e decrepita, e é comparada com a imagem da bruxa, que a Inquisição tanto desprezou” (2011:23). Contudo, se a velhice é menosprezada pelo Renascimento, é durante este período que aparecem as primeiras preocupações reflexivas sobre ela. Com efeito, o Renascimento foi um período de eclosão do conhecimento, e a problemática da velhice não lhe escapou. Leme, a este propósito, refere-se ao livro de Gabriele Zerbi (1468-1505), com o título de *Gerontocomia*, como um manual de higiene para idosos sendo “o primeiro livro impresso destinado em exclusivo à geriatria” (Botelho, 2011:23). Leme faz ainda referência a outros livros dedicados a este ramo do conhecimento. Com efeito, a partir dos séculos XVI e XVII, com a emergência do pensamento científico, começou a enfatizar-se a observação, a experimentação e a verificação, criando-se assim as condições para “descobrir as causas da velhice mediante um estudo sintomático”. Os séculos XVII e XVIII viriam conhecer avanços significativos nos campos da fisiologia, anatomia e patologia. Mas esta preocupação não vai a par do estatuto do velho que continua a ser menosprezado.

Com o início da Revolução Industrial, a vida do povo não melhorou de forma significativa a ponto de contribuir para a sua saúde e o aumento da longevidade. Só a partir dos finais do século XIX, com o avanço da medicina e com a gradual melhoria das condições de vida dos trabalhadores, fruto das suas reivindicações, é que se assiste a um gradual incremento dos sistemas de saúde e daí a consequente longevidade. É apenas na transição do século XIX para o século XX que se assiste ao desenvolvimento da geriatria enquanto ramo de conhecimento, e mais tarde à gerontologia.

No século XX, sobretudo a partir da II Guerra Mundial, surge uma outra concepção e um outro estatuto da velhice. Com o desenvolvimento do Estado Providência a partir dos finais dos anos 50 do século passado, surgem novas condições de trabalho e de vida para os trabalhadores, com aumentos salariais, redução do horário de trabalho, assistência na doença, e aposentação remunerada. No espaço de poucas décadas a esperança de vida sobe dos 45 para os 65 anos, o que não pode ser dissociado das condições anteriormente indicadas, e ainda dos avanços da medicina e dos progressos na dieta das classes mais pobres.

A inserção da mulher no mundo do trabalho e as condições de alojamento no mundo urbanizado, caracterizadas pela redução do espaço habitacional, vêm alterar as relações da família com os seus velhos, que, na ausência de outras condições, são

forçados a recorrer às instituições asilares. É esta a marca fundamental da velhice desde a segunda metade do século XX até aos dias de hoje. A industrialização trouxe o afastamento dos velhos do mundo produtivo, a urbanização resultaria na redução do tamanho da família esgotando o poder patriarcal do idoso, cujo saber não seria mais adequado às necessidades dos jovens escolarizados e mais valorizados e, por fim, a marginalização e a solidão constituiriam, em conjunto, as mazelas de uma nova forma de discriminação social.

1. Envelhecimento Demográfico na Sociedade Contemporânea

A sociedade contemporânea é marcada pelo envelhecimento crescente da sua população, sobretudo nos países industrializados, ditos Ocidentais, e ainda em alguns países emergentes, tais como o Brasil e os Tigres Asiáticos. Com efeito, a partir dos anos 60 do séc. XX, a pirâmide etária, nos países Ocidentais, passou gradualmente a ficar invertida, caracterizando-se pelo aumento do número de idosos e pela diminuição do número de crianças, dada a quebra da taxa de natalidade e o aumento da esperança de vida.

O aumento da longevidade deve-se a vários fatores, dentre os quais devemos destacar os avanços da medicina, os cuidados de saúde, os avanços da medicina preventiva (exemplo das vacinas) e curativas (tratamento das enfermidades associadas a velhice), e ainda a melhoria das condições de vida, tais como as questões associadas à alimentação e à suavização das condições de trabalho (redução do número de horas de trabalho e redução do esforço laboral devido à mecanização e a tecnologização da produção) e correlativo aumento do tempo de lazer.

Por outro lado, a queda crescente da natalidade deve-se aos avanços da medicina e das políticas de saúde orientadas para o planeamento familiar, o que permite às famílias decidir o número de filhos que pretendem ter.

A situação demográfica atrás referida é relatada pelo *US Census Bureau*, que estima que em 2030 haverá em todo o mundo, uma média de 22% de pessoas com mais de 65 anos de idade (Veras, 1994, citado por Oliveira et al, 2006:8). Seguindo esta ordem de dados, Ramos (1995), citado também por Oliveira et al (2006: 8), diz que “o planeta com o decorrer dos anos, será mais habitado por idosos do que por crianças,

jovens e adultos, o que levanta problemas que a sociedade tem que encarar para lidar com a superpopulação idosa ao nível mundial”.

Por outro lado, a OMS (Organização Mundial de Saúde) prevê que em 2025 existirão 1,2 mil milhões de pessoas com mais de 60 anos, mas a grande preocupação dessa organização não é só o prolongamento da vida, mas é sobretudo o prolongamento de uma vida saudável, o que acarreta a necessidade de promover políticas públicas de apoio à população idosa.

No que diz respeito a Portugal, segundo dados reportados por um estudo do INE (Instituto Nacional de Estatística, 2011), o índice de envelhecimento em 2004, traduzido pela relação entre a População Idosa e a População Jovem, apontava a existência de 109 idosos para cada 100 jovens, e a previsão para 2050 apontava uma existência de 243 idosos para cada 100 jovens. Segundo o mesmo estudo, os números revelaram a existência de uma relação de 25,2 idosos por cada 100 indivíduos ativos.

Outros estudos demográficos sobre o crescimento do número de idosos apresentam dados que vão no mesmo sentido dos anteriores. Assim, por exemplo, o INE (2002) aponta, no que diz respeito a Portugal, que “a proporção de pessoas com 65 anos ou mais duplicou no período de 40 anos, passando de 8% em 1970 para 16% em 2001”. O mesmo autor afirma ainda que “de acordo com as projeções demográficas mais recentes, estima-se que em 2050 esta proporção represente 32% do total da população Portuguesa”. A este propósito Carneiro et al justificam que “o efeito cumulativo das taxas de mortalidade ao longo de várias décadas tem vindo a alterar o perfil demográfico da população portuguesa, cujo traço mais marcante é o progressivo envelhecimento da sociedade portuguesa”. O mesmo documento aponta que “o envelhecimento resulta da transição demográfica das sociedades, definida como a passagem dum modelo de fecundidade e mortalidade elevadas para um modelo de níveis baixos das mesmas e, simultaneamente, um aumento generalizado da esperança média de vida das populações” (2012:31).

No que diz respeito ao Alentejo, e em particular ao Baixo Alentejo, verificamos a mesma situação de envelhecimento demográfico. Bastam apenas alguns dados do INE para mostrar esta tendência. Com efeito, segundo as estatísticas demográficas de 2010 daquele Instituto, a nível do Continente, existia uma população de 1.607.734 jovens dos 0-14 anos, que representavam 15,1%, enquanto a população idosa, no mesmo ano, se cifrava em 1.931.467 indivíduos com mais de 65 anos, o que representava 18,2% da

população total. Estes dados são agravados no que diz respeito ao Baixo Alentejo onde existiam, em 2010, 16.557 jovens dos 0-14 anos, o que representava 13,4% da população total desta NUT III, enquanto o número de idosos com mais de 65 anos se cifrava em 28.562 indivíduos, o que representava 23,1% da mesma população.

A pirâmide etária invertida, com o crescimento da população idosa, coloca vários problemas sociais, políticos e económicos, traduzidos, nomeadamente, pela redução gradual da população contributiva e pelo aumento correlativo da população aposentada, exigindo da sociedade uma canalização acrescida de renda para aquela população. Por outro lado, o aumento do número de idosos carece de soluções sociais e de políticas públicas de forma a serem prestados serviços adequados a essa faixa etária, quer em cuidados de saúde (física e psicológica), quer em apoios de natureza social (centros de dia, atividades ocupacionais, lares da terceira idade, etc.). Com efeito, “o peso da população dos idosos e dos grandes idosos na estrutura populacional tem vindo a aumentar de forma significactiva. O número de idosos com mais de 80 anos passou de 340,0 milhares em 2000, para 484,2 milhares em 2010” (Carneiro, 2012:38).

Às necessidades de apoio social, acrescentam-se as condições de pobreza, já que 84,1% dos pensionistas da velhice da Segurança Social tem uma pensão mensal inferior a 500 euros, o mesmo acontecendo com 21% dos reformados da Caixa Geral de Aposentações (Carneiro, 2012:24).

O Eurostat, no que refere à população com 65 e mais anos, “apresentava em 2009 uma taxa de risco de pobreza (condição considerada como abaixo de 60% do rendimento mediano) de 21/% depois das transferências sociais, valor ligeiramente superior ao registado em 2008, de 20,1%, e bem acima da média comunitária (17,8%); conforme se vai avançando na idade, o agravamento do risco da pobreza é maior, apresentando a população de 75 e mais anos um risco de pobreza que atinge os 24%, sendo na EU apenas de 20,3%” (Carneiro, 2012:21).

Pereira (2005:8) refere que em relação à longevidade, esta “constitui uma das maiores conquistas da humanidade do Séc. XX e que traz consigo enormes desafios e implicações sociais variadas e complexas que já se fazem sentir no cotidiano das sociedades”.

Vero (2002b) citado pelo mesmo autor (2005:12), acrescenta a seguir que “as demandas geradas por essa nova realidade inquietam e devem ser questão prioritária,

uma vez que não basta apenas viver mais tempo”, já que viver mais é importante desde que se consiga agregar qualidade a esses anos adicionais de vida”

3. Caracterização da Velhice e do Envelhecimento

“A medicina moderna não pretende mais atribuir uma causa ao envelhecimento biológico: ela o considera inerente ao processo da vida, do mesmo modo que o nascimento, o crescimento, a reprodução, a morte”

Simone de Beauvoir

“A vida de um organismo multicelular costuma ser dividida em três fases: (1) a *fase de crescimento e desenvolvimento*, (2) a *fase reprodutiva* e (3) a *senescência ou envelhecimento*. Durante a primeira fase, ocorre o desenvolvimento e crescimento dos órgãos especializados, o organismo vai crescendo e adquirindo capacidades funcionais que o tornam apto a se reproduzir. A fase seguinte é caracterizada pela capacidade de reprodução do indivíduo, que garante a sobrevivência, perpetuação e evolução da própria espécie. A terceira fase, a senescência, é caracterizada pelo declínio da capacidade funcional do organismo” (Cancela, 2007:1).

A velhice, também designada por terceira e quarta idade, é um estágio etário marcado pela senescência, isto é, pela diminuição das capacidades funcionais do organismo, quer seja a nível físico, quer psicológico. Com efeito, com o decorrer dos anos o organismo tende a degradar-se, fazendo diminuir as suas capacidades adaptativas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera *população idosa* aquela que é composta por pessoas com mais de 60 anos para os países em desenvolvimento, e com mais de 65 para os países desenvolvidos.

Esta diferenciação leva-nos a ter em conta que o envelhecimento se processa de forma desigual, em função de vários fatores: biológicos, psicológicos e ambientais (naturais e sociais).

Para Cancela (2007:2), os indivíduos envelhecem de formas muito diversas, e a este respeito podemos falar de Idade Biológica, de Idade Social e de Idade Psicológica, que podem ser muito diferentes da Idade Cronológica. O mesmo autor afirma que o envelhecimento é um processo de degradação progressiva aos níveis biológico,

psicológico e social, que resulta da interação de determinantes internos, como o património genético, e de determinantes externos como o estilo de vida, a educação e o ambiente (social e natural) em que o idoso vive. Paschoal (1996), citado por Silva e Ferrugem (2007:2), aponta que o processo natural do envelhecimento é caracterizado pela diminuição funcional de todos os sistemas do organismo, o que é traduzido pelo aparecimento de doenças crónicas degenerativas e pelo aparecimento de certas incapacidades.

Neri (2001b), citado por Pereira, afirma que, do ponto de vista biológico, “todos os organismos vivos, após a fase da maturação sexual, começam a vivenciar processos de transformação que implicam na perda gradual de suas potencialidades e na diminuição gradual da probabilidade de sobrevivência” E acrescenta a seguir que “esses processos são de natureza interacional e acontecem em épocas e em ritmos diferentes não só para cada pessoa, mas igualmente para cada parte e função do organismo” (2005:28).

Mas a velhice e o envelhecimento não podem ser entendidos apenas na perspectiva biofísica. Com efeito, outros aspectos tais como “gênero, hereditariedade, classe social, condições de saúde e de educação, fatores de personalidade, história de vida e contexto sócio-histórico são importantes elementos que interagem e se mesclam com a Idade Cronológica para determinar diferentes formas de envelhecer” (Pereira, 2005:29-30). É nesse sentido que é pertinente a frase de Simone de Beauvoir ao afirmar que “a velhice não é uma ladeira que todos descem com a mesma velocidade. É uma sucessão de degraus irregulares onde alguns despencam mais depressa que outros” (Pereira, 2005: 30).

Neri (2001b), citado por Pereira (2005:31) resume alguns dos principais indicadores do processo de envelhecimento normal: branqueamento dos cabelos, rugas, flacidez muscular, *deficits* sensoriais; alterações no metabolismo, na circulação e na respiração; diminuição de força, mobilidade e resistência; diminuição da capacidade de adaptação a mudanças de temperatura; redução na tolerância ao estresse físico e psicológico; registam-se também perdas psicomotoras (relacionadas com a aprendizagem, a memória e a cognição) e perdas de instrumentalidade – que podem interferir na auto-estima e no senso de controlo pessoal do idoso.

4. Etapas do Envelhecimento

A Psicologia do Desenvolvimento e a Psicologia do Envelhecimento estabelecem vários degraus no envelhecimento, “baseados em critérios como longevidade, presença de patologias, e conservação dos mecanismos adaptativos do organismo” (Pereira). Assim, Pereira relata os seguintes graus na escala do envelhecimento: **Envelhecimento Primário, Normal ou Senescência; Envelhecimento Secundário, Patológico ou Senilidade; Envelhecimento Terciário ou Terminal** (2005:30).

Para aquela autora (2005:30), o **Envelhecimento Primário, Normal ou Senescência**, “é um fenômeno que atinge a todos os seres humanos pós-reprodutivos de maneira universal, gradual e progressiva”. Neri (2001b), citado pela autora, afirma que o envelhecimento primário “é o processo que preside ou determina o potencial de cada indivíduo para permanecer vivo, o qual diminui com o passar dos anos”. Pereira acrescenta a seguir, partindo de Blazer (1998), que “se trata de mudanças normais associadas à idade e que não significam doença, uma vez que estão relacionadas à ação do tempo sobre o organismo, independente de estresse, trauma ou doença adquirida” (2005: 30).

Por sua vez, Birren e Schroots (1996), citados por Fachine & Trompieri, (2012: sp), sublinham que “o envelhecimento primário, também conhecido como envelhecimento normal ou senescência, atinge (...) de forma gradual e progressiva o organismo, possuindo efeito cumulativo. O indivíduo nesse estágio está sujeito à concorrente influência de vários fatores determinantes para o envelhecimento, como exercícios, dieta, estilo de vida, exposição a evento, educação e posição social”.

Para Barreto (sd:291) o envelhecimento primário “pode ser considerado um processo normal, mais ou menos semelhante em todos os indivíduos da mesma espécie, gradual e previsível, e considera-se que está na dependência de fatores genéticos”.

Para Neri (2001b), citado por Pereira (2005:31), o **Envelhecimento Secundário, Patológico ou Senilidade**, “está relacionado com alterações ocasionadas por doenças associadas ao envelhecimento que não se confundem com as mudanças normais desse processo”. Pereira acrescenta a seguir que “as patologias cardiovasculares, as cerebrovasculares, certos tipos de câncer e de doenças neurológicas, são consideradas moléstias associadas ao envelhecimento, por possuírem uma maior probabilidade de ocorrência com o avançar da idade. Embora não estejam ainda totalmente estabelecidas

as causas para a sua ocorrência, apontam igualmente para a interação entre mecanismos genéticos, fatores ambientais, estilo de vida e personalidade” (2005:31).

Para Birren e Schroots (1996) – citados por Fachine & Trompieri (2012:4) “o envelhecimento secundário ou patológico, refere-se a doenças que não se confundem com o processo normal de envelhecimento. Estas enfermidades variam desde lesões cardiovasculares, cerebrais, até alguns tipos de cancro (este último podendo ser oriundo do estilo de vida do sujeito, dos fatores ambientais que o rodeiam, como também de mecanismos genéticos) ”. Os mesmos autores acrescentam, baseados em Spirduso (2005), que “o envelhecimento secundário é referente a sintomas clínicos, onde estão incluídos os efeitos das doenças e do ambiente”.

Barreto (sd:291) relata que o envelhecimento secundário “resultará da ação de causas diversas e as suas manifestações irão variar consideravelmente de indivíduo para indivíduo. Ele varia na maioria dos casos de alterações do ambiente, e é portanto em grande parte imprevisível”.

Para Netto (2002), citado por Fachine & Trompieri (2012:4), “o envelhecimento secundário é o envelhecimento resultante das interações das influências externas, e é variável entre indivíduos em meios diferentes. O envelhecimento secundário tem como característica o fato de decorrer de fatores culturais, geográficos e cronológicos”.

Para Pereira (2005:32) o “*Envelhecimento Terciário ou Terminal* é um período relativamente curto que culmina com a morte, caracterizado por um aumento acentuado nas perdas físicas e cognitivas”. Este declínio generalizado nas condições de saúde do indivíduo decorre tanto em função das doenças associadas à idade quanto da acumulação dos efeitos do envelhecimento normal e do patológico e tem ocorrência mais provável na velhice avançada.

Para Birren e Schroots (1996), citados por Fachine & Trompieri (2012:5), “o envelhecimento terciário ou terminal é (...) caracterizado por profundas perdas físicas e cognitivas, ocasionadas pelo acumular dos efeitos do envelhecimento, como também por patologias dependentes da idade”.

Para a velhice de cada uma destas etapas, Weineck (1991), citado por Fachine & Trompieri (2012:5), diz que confluem três tipos de idade: biológica, psicológica e social. O mesmo autor ensina que “a Idade Cronológica (calendária) ordena as pessoas de acordo com sua data de nascimento”. Schneider & Irigary (2008:589) explicitam que “a idade cronológica mensura a passagem do tempo decorrido em dias, meses e anos

desde o nascimento”. Para Schroots e Birren (1990), citados pelos mesmos autores, “a Idade Cronológica pode ser entendida como algo absoluto e nela são fixadas propriedades que podem ser medidas. Ela é medida pelo tempo, empregando-se um padrão absoluto ou escalas de medida”. Com efeito a Idade Cronológica tem dimensões objetivas e subjetivas. Com efeito, a Idade Cronológica “não é um índice de desenvolvimento biológico, psicológico e social, pois ela por si só não causa o desenvolvimento. Na verdade, a idade é meramente um marcador aproximado do processo que influencia o comportamento ao longo do tempo.

Quanto à **idade biológica**, Weineck (1991), citado por Fachine & Trompieri (2012:5), diz que “esta é demonstrada pelo organismo, com base nas condições tecidulares deste, quando comparados a valores normativos”. Schroots & Birren (1990)¹, citados por Schneider & Irigaray (2008:7) dizem que a Idade Biológica “é definida pelas modificações corporais e mentais que ocorrem ao longo do processo de desenvolvimento e caracterizam o processo de envelhecimento humano, que pode ser compreendido como um processo que se inicia antes do nascimento do indivíduo e se estende por toda a existência humana”. Podemos dizer que a Idade Biológica diferencia indivíduos uns dos outros, já que para a mesma Idade Cronológica as idades biológicas são diferentes, devido ao grau de envelhecimento do corpo que cada indivíduo apresenta. A Idade Biológica está ligada ao envelhecimento orgânico. Cada órgão sofre modificações que diminuem o seu funcionamento durante a vida e a capacidade de autorregulação torna-se também menos eficaz. Para Pereira (2005:33), “a Idade Biológica reflete as variações entre os indivíduos com a mesma Idade Cronológica, sendo definida como a expectativa de vida do indivíduo”. Cancela (2007:1), atrelando o conceito de envelhecimento biológico ao de Idade Biológica, define-o como equivalente de senescência. Podemos dizer que a idade biológica é aquela que nos informa sobre o

¹As mudanças e as perdas [biofísicas] fazem parte do envelhecimento. A partir dos 40 anos, a estatura do indivíduo diminui cerca de um centímetro por década, principalmente devido à diminuição da altura vertebral ocasionada pela redução da massa óssea e outras alterações degenerativas da coluna vertebral. A pele fica mais fina e friável, menos elástica e com menos oleosidade. A visão também declina, principalmente para objetos próximos. A audição diminui ao longo dos anos, porém normalmente não interfere no dia-a-dia. Com o envelhecimento, o peso e o volume do encéfalo diminuem por perda de neurônios, mas, apesar desta redução, as funções mentais permanecem preservadas até o final da vida (Costa & Pereira, 2005, citados por Schneider & Irigary).

envelhecimento de nossas células e está diretamente relacionada à qualidade de vida e a hábitos adquiridos no nosso dia-a-dia.

Quanto à **Idade Psicológica**, Weineck (1991), citado por Fachine & Trompieri (2012:6), explicita que é evidenciada por aspectos como desempenho, maturação mental e soma de experiências. Segundo Aragó (1995), citado por Duarte (1999:44), “a idade psicológica é determinada em função das modificações cognitivas e afetivas que se produzem ao longo do transcurso temporal”. A idade psicológica de um idoso – diz Duarte - está associada às avaliações que se faz, dado que as expectativas de vida são curtas, o que naturalmente se repercute na sua conduta. A idade psicológica depende das mudanças que ocorrem aos níveis cognitivo (“aqueles que afetam a maneira de pensar assim como as capacidades”), afetivo e da personalidade.

Cancela (2007:2) diz que “a Idade Psicológica se relaciona com as competências comportamentais que a pessoa pode mobilizar em resposta às mudanças do ambiente, incluindo a inteligência, a memória e a motivação”. Pereira (2005:34), indo no mesmo sentido, e citando Neri (2001b), define a Idade Psicológica como “a maneira como cada indivíduo avalia, em si mesmo, a presença ou a ausência de marcadores biológicos, sociais e psicológicos da idade, com base em mecanismos de comparação social mediados por normas etárias”.

Hoyer e Roodin (2003) definem a idade psicológica como a capacidade para se adaptarem ao meio pelo uso de várias características psicológicas, como aprendizagem, memória, inteligência, controle emocional, estratégias de *coping* etc. Há adultos que possuem tais características psicológicas com graus maiores que outros e, por isso, são considerados «jovens psicologicamente», e outros que possuem tais traços em graus menores e são considerados «velhos psicologicamente» ” (Schneider & Irigaray (sd:591). Essa idade refere-se às competências comportamentais que a pessoa pode mobilizar em resposta às mudanças do ambiente. A idade psicológica inclui as capacidades da memória, as capacidades intelectuais e as motivações que a pessoa sente. Quanto à **Idade Social**, Fachine & Trompieri (2012:6) dizem que “é indicada pelas estruturas organizadas de cada sociedade; cada indivíduo pode variar de jovem a velho em diferentes sociedades”. Para Aragó (1995), citado por Duarte (1999:42), a idade social é determinada pela inclusão do indivíduo em diversos grupos sociais como membro da sociedade e costuma medir-se pela capacidade funcional em contribuir com trabalho, para a proteção do grupo ou grupos a que pertence na sociedade.

Segundo Cancela (2007:2) a Idade Social refere-se “ao papel, aos estatutos e aos hábitos da pessoa, relativamente aos outros membros da sociedade. Esta idade é fortemente determinada pela cultura e pela história de um país”. Pereira acrescenta a seguir que “a noção de Idade Social diz respeito ao grau de adequação de um indivíduo aos papéis e comportamentos que a sociedade – e ele mesmo – esperam ser desenvolvidos pelas pessoas de determinadas faixas etárias, nas respectivas fases da vida” (2005:34-35).

Neugarten & Datam (1973), citados por Duarte (1999:42), explicitam que “os graus de idade são expressões de fato de que todas as sociedades racionalizam os passos do tempo da vida, o dividem em unidades socialmente relevantes e assim se pode dizer que transformam o tempo do calendário”.

A Idade Social está relacionada com o momento ou a etapa da vida que a sociedade associa ao desempenho de papéis: escola, casamento, filhos, aposentação, etc.

Para Schroots e Birren (1990), citados por (Tavares & Carvalho, 2011:3) “a Idade Social é definida pela obtenção de hábitos e *status* social pelo indivíduo para o preenchimento de muitos papéis sociais ou expectativas em relação às pessoas de sua idade, em sua cultura e em seu grupo social”. Os mesmos autores acrescentam que “a medida da Idade Social é composta por performances individuais de papéis sociais e envolve características como tipo de vestimenta, hábitos e linguagem, bem como respeito social por parte de outras pessoas em posição de liderança”. Para Neri (2005), citado por Schneider & Irigaray (2008:7), “a Idade Social diz respeito à avaliação do grau de adequação de um indivíduo ao desempenho dos papéis e dos comportamentos esperados para as pessoas de sua idade, num dado momento da história de cada sociedade”. Podemos dizer que a idade social é a avaliação que o indivíduo faz ao desempenho dos papéis e dos comportamentos esperados para a sua idade, em cada sociedade. Em suma, como afirma Tavares (2012:1), “o envelhecimento é reflexo do conjunto de atitudes, expectativas e ideais da sociedade e cultura onde o indivíduo se desenvolve e envelhece”. Quanto à idade funcional Pereira (2005:33) sublinha que esta “está bastante correlacionada com o envelhecimento biológico, define-se pelo grau de conservação do nível de capacidade adaptativa em comparação com a Idade Cronológica”. A mesma autora diz que a idade funcional está correlacionada com o conceito de “independência funcional, o qual é averiguado através da capacidade

funcional do individuo (2005: 33) ”. No fundo remete-nos para o grau de maior ou menor autonomia do idoso.

5. Dimensões do Envelhecimento

Vejamos as diferentes dimensões do envelhecimento: cronológico, biológico, psicológico e social. Schneider & Irigary (2008:2) explicitam que “a etapa da vida caracterizada como velhice, com suas peculiaridades, só pode ser compreendida a partir da relação que se estabelece entre os diferentes aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais”. Mais adiante os mesmos autores acrescentam que “essa interação institui-se de acordo com as condições da cultura na qual o indivíduo está inserido. Condições históricas, políticas, económicas, geográficas e culturais produzem diferentes representações sociais da velhice e também do idoso. Há uma correspondência entre a concepção de velhice presente em uma sociedade e as atitudes frente às pessoas que estão envelhecendo”.

O envelhecimento é um processo complexo, multidimensional e multifatorial. É multidimensional e multifatorial porque não se pode dizer que uma pessoa é idosa sem referir a sua dimensão biológica (onde interagem múltiplos fatores orgânicos), a sua dimensão psicológica (desde os afetos, às emoções, ao comportamento e ao maior ou menor equilíbrio mental do idoso), bem como a sua dimensão social (mudança de papéis, estigmatização e contexto social).

Quadro nº 1. Envelhecimento biológico, psicológico e social

Envelhecimento	Características
Envelhecimento biológico	<ul style="list-style-type: none">- Perda progressiva de funcionalidade e de adaptação ou de resistência face ao stress;- Vulnerabilidade do organismo e gradual probabilidade de Morte;- Adaptação na manutenção da homeostase (em função da idade cronológica).
Envelhecimento psicológico	<ul style="list-style-type: none">- Alterações associadas ao aspecto intelectual e à história de

	vida do indivíduo; - Adaptação da capacidade de autorregulação psicológica do indivíduo (em relação à componente biológica).
Envelhecimento social	- Adaptação do padrão de interação entre o ciclo de vida do indivíduo e estrutura social em que está inserido; - Desempenho do indivíduo, em termos comportamentais, esperado pela sociedade (em função da idade cronológica que tem); - Atribuição de novas normas, posições, oportunidades ou restrições ao indivíduo (em função da idade que tem).

(Adaptado de Cerqueira, M. 2010)

Por outro lado, porque combina de forma singular as diferentes dimensões e fatores, o envelhecimento é único, individual e heterogéneo, o que quer dizer que varia de indivíduo para indivíduo. Para Duarte (1999:37), “qualquer consideração que não se assente simultaneamente sobre estes pilares corre o risco de deformação e de dar lugar a crenças condenadas a uma rápida substituição”.

A sua dimensão mais evidente é a dimensão biológica, que resulta, entre outros fatores, do nosso código genético ao qual ninguém pode escapar. Esta dimensão do envelhecimento consiste nas “transformações que ocorrem nos sistemas orgânicos e funcionais, reduzindo a sua capacidade biológica de autorregulação e, consequentemente, diminuindo a probabilidade de sobrevivência” (Figueiredo, Guerra & Sousa, sd:1). Para Teixeira (1999), citado por Tavares (2012:3), o envelhecimento biológico “é caracterizado por uma lentidão de diferentes domínios do comportamento que levam a uma progressiva deterioração, quer estrutural, quer funcional, em todos os órgãos”

Quadro nº 2 - Modificações fisiológicas do envelhecimento

ALTERAÇÕES ESTRUTURAIS	ALTERAÇÕES FUNCIONAIS
	Sistema cardiovascular
Células e tecidos	Sistema respiratório

Composição global do corpo e peso Corporal	Sistema renal e urinário
Músculos ossos e articulações	Sistema gastrointestinal
Pele e tecidos subcutâneos	Sistema nervoso e sensorial
Tegumentos	Sistema endócrino e metabólico
	Sistema imunitário
	Ritmos biológicos e sono

Fonte: Pessoas Idosas: uma abordagem global (Berger e Poirier, 1995).

Mais adiante a autora acrescenta que “na origem desta lentidão está o declínio de um conjunto de funções orgânicas, como é o caso da diminuição da capacidade de regeneração das células, que conseqüentemente acaba mais adiante por proporcionar o envelhecimento dos tecidos”. Podemos dizer que o envelhecimento biológico é a deterioração progressiva da quase totalidade das funções do organismo ao longo do tempo. Esta dimensão do envelhecimento arrasta, quase sempre, consigo o envelhecimento psicológico e o envelhecimento social. É neste sentido que Tavares (2012:5) sublinha que “os fatores psicológicos se cruzam com os fatores socioculturais, quer com os biológicos que, interagindo entre si, acabam por influenciar a forma como cada pessoa vive e envelhece”. Por isso, “o processo de envelhecimento vai depender tanto de fatores de ordem genética, patológica (doença e/ou lesões), de potencialidades individuais (processamento de informação, memória, desempenho cognitivo, entre outros), assim como da interferência do meio ambiente e do contexto sociocultural”.

De acordo com Zimerman (2000), citado por Tavares (2012:5), destacam-se como fatores psicológicos do envelhecimento, “a dificuldade de se adaptar a novos papéis, a falta de motivação e dificuldade de planear o futuro, a necessidade de trabalhar perdas orgânicas, afetivas e sociais, a dificuldade de se adaptar às mudanças rápidas, a baixa auto-estima e autoconceito e os sinais de patologia”.

Para Cerqueira (2010:3), o envelhecimento psicológico está associado ao tipo de vida mental do indivíduo: “quanto mais trabalho intelectual tiver realizado nas épocas anteriores, mais as mudanças convertidas em perdas tendem a ser menores e as mudanças convertidas em competências tendem a melhorar. Dito de outra forma, quanto mais uma função do organismo estiver relacionada com a experiência intelectual, mais

probabilidade tem de se desenvolver” (Garcia, 1999), citado por aquela autora. Cerqueira acrescenta que “essas alterações que surgem com a idade verificam-se em várias dimensões cognitivas do indivíduo, nomeadamente na inteligência, criatividade, aprendizagem, memória, processamento da informação, mestria profissional e sabedoria” (2010:3).

Outras alterações de nível psicológico advêm das perdas afetivas (perdas de papéis, filhos que saem de casa, reforma, viuvez, perdas de amigos) que surgem com a idade, cujo confronto vai exigir um esforço acrescido por parte do idoso para manter o bem-estar. Essas perdas conduzem à solidão do idoso, o que gera frequentemente tristeza, melancolia e até mesmo depressão. Outro fator importante, segundo Fernández-Ballesteros & Izal (1993), citados por Teixeira (2010:1), é a reforma que, para além de ter uma repercussão social, tem também uma importância significativa do ponto de vista psicológico, uma vez que a extinção da atividade laboral pode ter uma influência na estabilidade emocional, já que as rotinas são profundamente alteradas. Por outro lado, a deterioração das capacidades funcionais próprias do avanço do envelhecimento, gera graus diferenciados de patologias e de dependências, outros tantos motivos para criar instabilidade emocional e afetiva.

Duarte (1999:44), no que diz respeito ao envelhecimento psicológico, afirma que, no idoso, “a avaliação do futuro modifica-se, já que as expectativas de vida são curtas e o futuro adquire um peso que antes não tinha, o que repercute na organização da conduta. (...) a vida se reorganiza em função que ainda tem por viver mais do que do tempo transcorrido desde o nascimento”. O envelhecimento psicológico também está associado à diminuição e alterações mentais que podem dificultar a adaptação de novos papéis, em falta de motivação, perdas afetivas e sociais e na auto-estima baixa.

Quanto ao envelhecimento social, Schroots & Birren (1990), citados Schneider & Irigaray (2008:8) afirmam que este “deve ser entendido como um processo de mudanças de papéis sociais, no qual são esperados dos idosos comportamentos que correspondam aos papéis determinados para eles. Há papéis que são graduados por idade e que são típicos desta fase da vida. Diferentes padrões de vestir e falar são esperados de pessoas em diferentes idades, e o *status* social varia de acordo com as diferenças e de acordo com a idade”. Varia ainda de sociedade para sociedade e de um período histórico a outro de uma determinada sociedade. Para Tavares (2012:5), “o envelhecimento social está, de um modo geral, associado a alterações no *status* do indivíduo. Existe uma

transição da categoria de ativo à de reformado (65 anos), esta desocupação de ausência de um horário laboral, o indivíduo tem que se adequar a novos papéis, o que nem sempre é um processo fácil”. A mesma autora acrescenta que “as dificuldades que o idoso enfrenta e a forma como envelhece devem-se, em parte, ao estatuto que determinada sociedade lhe confere. Cerqueira sublinha que “o envelhecimento social implica padrões de interação entre o ciclo de vida e a estrutura social em que o indivíduo se insere, pelo que com o avançar do tempo se verifica um processo de mudança relativo aos papéis e comportamentos, muitos deles impostos pela sociedade”. Mais adiante acrescenta que o envelhecimento está também associado à “mudança de papéis familiares, entrada na reforma e acesso à categoria de pensionista” o que implica adaptar-se a todo um conjunto de novas relações sociais. Podemos dizer que o envelhecimento social é o processo de mudança de papéis e comportamentos que é típico dos anos mais tardios da vida adulta.

6. Formas de Envelhecimento

Envelhecimento bem-sucedido e qualidade de vida são conceitos que, de certa forma, estão profundamente correlacionados. Combinam diversas variáveis, a nível material, a nível físico, a nível psicológico e a nível social. Podemos dizer que o envelhecimento bem-sucedido, forjado na linguagem da gerontologia e da psicologia, esteve desde o início associado a outras designações, tais como envelhecimento positivo, envelhecimento com sucesso ou envelhecimento saudável, conceitos surgidos na década de 60 do século passado, definindo, segundo Fonseca (2005), citado por Keong (2010:4), “quer um mecanismo de adaptação às condições específicas, quer a procura de um equilíbrio entre as capacidades do indivíduo e as exigências do ambiente”.

No início, os gerontólogos e os psicólogos, ao compararem envelhecimento bem-sucedido com envelhecimento mal sucedido, baseavam-se exclusivamente na diferença entre saúde e doença (Keong, 2010:2). Mais tarde, segundo a mesma autora, surgiu a necessidade de ultrapassar esta visão reducionista, “substituindo-a por uma abordagem que encara o envelhecimento numa perspectiva global, valorizando os aspectos biológicos, psicológicos e materiais”. Outros autores vieram ainda acrescentar a estes

fatores a dimensão ambiental e a dimensão social, consideradas decisivas para o envelhecimento bem-sucedido e também para a qualidade de vida.

Marconcin (2009:13), apoiada em vários autores, afirma que o envelhecimento para ser considerado como uma boa fase da vida, depende de várias dimensões: envelhecimento bem-sucedido, envelhecimento ativo, envelhecimento com sucesso, velhice produtiva e envelhecimento saudável. Vamos detalhar mais os dois primeiros conceitos porque são mais recorrentes nos textos científicos, remetendo os outros para nota de rodapé².

Guerreiros e Rodrigues (1999), citados por Marconcin (2009:14), apontam a “manutenção da autonomia” como dimensão essencial do envelhecimento bem-sucedido. Por seu turno, Neri & Cachioni (1999), citados pela mesma autora, afirmam que “o conceito de velhice bem sucedida está associado à ideia de realização do potencial individual para alcançar o bem-estar físico, social e psicológico”. Marconcin (2009:14) esclarece ainda que o envelhecimento bem-sucedido depende da “possibilidade do indivíduo seguir o curso da vida mantendo a sua identidade e a sua capacidade de interagir com o mundo, fazendo opções de acordo com as suas necessidades e capacidades, e de reconhecer principalmente que é autor de uma história singular que

². O **envelhecimento com sucesso** inclui três dimensões principais: a menor probabilidade de doenças incapacitantes, a maior capacidade cognitiva; e a capacidade funcional de manter-se ativo na sociedade, dimensões que estão correlacionadas.

A **velhice produtiva** vai além da atividade laboral, traduzindo-se pelo exercício de papéis, tais como atividades domésticas e de lazer. Esta dimensão da velhice traduz-se ainda pelo sentimento de ser-se útil, de ter um sentimento de pertença, de comprometer-se com tarefas, objetivos e com o bem social.

Segundo Marconcin (2009: 16), apoiada em Jylha (1995), o **envelhecimento saudável** depende de quatro tipos de questões:

1. Das condições de trabalho, do ambiente e da cultura, da vida sem stress, sem abuso de bebidas alcoólicas, sem fumar, com prática de exercícios físicos;
2. O significado e da independência, da capacidade de lidar com a doença e da capacidade de criar estratégias para viver com qualidade;
3. Da qualidade do sistema de segurança social e do sistema de saúde pública;
4. Da mudança das representações sociais, da imagem e do estereótipo da velhice no sentido da sua não estigmatização.

Para Lima, Silva & Galhardoni (2008: 1) o envelhecimento saudável depende da interação de múltiplos fatores. “Saúde física e mental, independência de vida diária, integração social, suporte familiar e independência económica, entre outros”.

está continuamente sendo construída e que dá sentido à sua vida”. Por seu turno, Rowe & Kahn (1999), citados por Keong (2010:5), definem o envelhecimento bem-sucedido como “a capacidade de manter três comportamentos ou características-chave: baixo índice de doença e incapacidade, elevada função mental e física e um compromisso ativo para com a vida”. Silva (2012:14) diz que “os critérios do envelhecimento bem-sucedido passam diferentemente pelos indivíduos, desde logo pela idade, cultura, condições económicas, sociais, de saúde, etc.” Segundo Paúl (2005:28), “o conceito de envelhecimento bem-sucedido só faz sentido numa perspectiva ecológica, visando o indivíduo no seu contexto sociocultural, integrando a vida atual e passada, ponderando uma dinâmica de forças entre as pressões ambientais e as suas capacidades adaptativas, dando o devido relevo ao sentir subjetivo de cada indivíduo, completamente idiossincrático, que se compreende à luz da construção da história de vida de cada um”.

Keong (2010:8) afirma ainda que, “de um modo geral, as teorias do envelhecimento bem-sucedido vêem o sujeito como pró-ativo, regulando a sua qualidade de vida através da definição de objetivos e lutando para os alcançar, acumulando recursos que são úteis na adaptação à mudança e ativamente envolvidos na manutenção-estar. Sendo assim – acrescenta – um envelhecimento bem-sucedido é acompanhado de qualidade de vida e bem-estar e deve ser fomentado ao longo dos estados anteriores do desenvolvimento”.

Rowe e Kahn (1987), citados por Almeida (2007:2), dizem que o envelhecimento bem-sucedido é multidimensional e comporta três componentes, a saber:

1. “Evitamento de doença e (...) presença/ausência e gravidade de fatores de risco para doenças crónicas, permitindo assim destacar, de entre os idosos em processo de envelhecimento “habitual” (sem doenças), um subgrupo “bem-sucedido” (com mais baixo risco) ”;
2. “Maximização das funções cognitivas e físicas”;
3. “Envolvimento/compromisso com a vida – i.e., a manutenção de atividades produtivas, de utilidade social, e de relacionamentos interpessoais”.

Mais tarde, os mesmos autores (1998), citados por Lima & Galhardoni (2008:1), assinalam três fatores que compõem o envelhecimento bem-sucedido: 1. “engajamento com a vida; 2. manutenção de altos níveis de habilidade funcionais e cognitivas e baixa probabilidade de doença; 3. incapacidade relacionada à prática de hábitos saudáveis para redução de riscos”.

Para Baltes & Baltes (1990), citados por Almeida (2007:7), “o envelhecimento bem-sucedido é um processo adaptativo que, através de uma estratégia de otimização seletiva com compensação, permite ao indivíduo gerir o balanço de perdas e ganhos (tendencialmente mais desfavorável com o aumento da idade) e assim – de forma ativa e idiossincrática – maximizar a eficácia no alcançar das metas (revistas), para si prioritárias, no contexto de inevitável redução de recursos/capacidades”.

Para Meire, o envelhecimento bem-sucedido está associado à conservação da saúde, à longevidade, à atividade, à satisfação, produtividade, capacidade cognitiva e competência social, capacidade de buscar e manter contacto e suporte social com familiares e amigos, às capacidades de autorregulação da personalidade, ao nível de motivação individual e à interação social.

Moura (2005:27) define o envelhecimento bem-sucedido “como a capacidade de adulto idoso apresentar um desempenho funcional igual ou apenas ligeiramente abaixo dos adultos jovens, preservando a eficiência adaptativa do seu organismo.

Finalmente, Guimarães (2013:1) defende que o envelhecimento bem-sucedido depende da utilização adequada de estratégias que permitam ao indivíduo lidar com as dificuldades e mudanças que ocorrem com a idade, traduzidas por um balanço positivo entre ganhos e perdas ao longo dos anos.

A expressão Envelhecimento Ativo surgiu com o Projeto de Política da Saúde “**Envelhecimento Ativo**”, da Organização Mundial de Saúde (2002), que consiste em promover a participação do idoso na “vida social, cultural, espiritual e cívica”, da conservação do seu estatuto social, da assunção de papéis familiares, sociais e ocupacionais, da conservação da autonomia e da independência, em suma, de um estilo de vida globalmente ativo. Lima & Galhardoni (2008:1) dizem que o envelhecimento ativo implica “saúde mental, independência de vida diária, integração social, suporte familiar e independência económica”.

A OMS (2005) define o envelhecimento ativo como o “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”. A OMS aponta ainda que o envelhecimento ativo pressupõe autonomia, independência, qualidade de vida e expectativa de vida saudável.

Segundo a mesma organização, esta forma de envelhecimento “permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do

curso da vida, e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho”.

Para Silva (2012:15) o envelhecimento saudável consiste na otimização do “bem-estar físico, social e mental durante a vida e, por isso, uma aposta na qualidade de vida enquanto se envelhece”. Segundo a mesma autora, citando Ballesteros (1999), afirma que “esta forma de envelhecimento consiste no “ótimo funcionamento físico, cognitivo, emocional e motivacional e uma grande participação social”. Pelo seu lado, Banza (2012:19) diz que o “envelhecimento ativo consiste na capacidade do idoso de manter a sua autonomia e de conduzir e lidar com as situações e decidir sobre a vida do dia-a-dia, mantendo os preceitos e as opções pessoais”. A mesma autora refere que a participação, o valor do idoso perante a sociedade, a capacidade para tomar decisões, a natureza dos cuidados de saúde e de apoio social e o lazer, são dimensões fundamentais para manter um envelhecimento saudável.

A OMS (2005) sublinha que existem vários fatores determinantes do envelhecimento ativo:

- Fatores determinantes transversais: cultura e género;
- Fatores determinantes relacionados aos sistemas de saúde e serviço social;
- Fatores comportamentais determinantes;
- Fatores determinantes relacionados a aspectos pessoais;
- Fatores determinantes relacionados ao ambiente físico;
- Fatores determinantes relacionados ao ambiente social;
- Fatores económicos determinantes.

Quanto aos fatores determinantes transversais, cultura e género, a OMS refere que “a cultura, que abrange todas as pessoas e populações, modela nossa forma de envelhecer, pois influencia todos os outros fatores determinantes do envelhecimento ativo”. Refere ainda no que diz respeito ao mesmo tipo de fatores que “em muitas sociedades, as mulheres jovens e adultas têm *status* social inferior e acesso mais restrito a alimentos nutritivos, educação, trabalho significativo e serviços de saúde. O papel tradicional das mulheres como responsáveis pelos cuidados com a família também pode contribuir para um aumento da pobreza e de problemas de saúde quando ficam mais velhas”.

Quanto aos fatores determinantes relacionados com os sistemas de saúde e serviço social, a OMS defende que “para promover o envelhecimento ativo, os sistemas de saúde [e os sistemas sociais] necessitam ter uma perspectiva de curso de vida que vise à promoção da saúde, prevenção de doenças e acesso equitativo a cuidado primário e de longo prazo de qualidade”.

Quanto aos fatores comportamentais determinantes destacam-se “a adoção de estilos de vida saudáveis e a participação ativa no cuidado da própria saúde”. (...) o envolvimento em atividades físicas adequadas, alimentação saudável, a abstinência do fumo e do álcool, e fazer uso de medicamentos sabiamente podem prevenir doenças e o declínio funcional, aumentar a longevidade e a qualidade de vida do indivíduo”.

7. Velhice e Bem-Estar Subjectivo

Bem-estar, bem-estar material, bem-estar global, bem-estar psicológico, bem-estar subjetivo e qualidade de vida são conceitos recorrentes que convém esclarecer e delimitar antes de entrarmos na singularidade do bem-estar subjetivo que é o que nos interessa particularmente para este estudo.

As preocupações sobre o bem-estar remontam ao Iluminismo do século XVIII que “defendia que o propósito da existência da humanidade é a vida em si-mesma, em vez do serviço ao Rei ou a Deus”, conforme nos relatam Galinha e Ribeiro (2005:4). Os mesmos autores acrescentam que “o desenvolvimento pessoal e a felicidade tornaram-se valores centrais” uma vez que “a sociedade é vista, pela primeira vez, como um meio para proporcionar aos cidadãos a satisfação das suas necessidades para uma vida boa”.

Mais adiante ainda Galinha & Ribeiro sublinham que esta mesma ideia é defendida pelo Utilitarismo do século XX, segundo o qual “a melhor sociedade é aquela que providencia a melhor Felicidade para o maior número de pessoas”.

Foi este Utilitarismo que viria a influenciar os estados da Europa Ocidental, sobretudo a seguir à Segunda Guerra Mundial, dando origem àquilo que ficou conhecido pela designação de Estado-Providência ou Estado-Social.

A implementação deste tipo de Estados seria marcada por profundas transformações operadas no seio das sociedades capitalistas mais avançadas – alguns Estados da Europa Central, Europa do Norte e Estados Unidos. Estes Estados

começaram a ser aqueles que viriam a proporcionar melhor bem-estar e melhor qualidade de vida aos seus cidadãos. São de realçar os seguintes aspectos:

- melhores salários e melhores condições de trabalho, resultantes do poder arbitral do Estado;

- implementação de direitos para crianças, desempregados, idosos, reformados e famílias carenciadas;

- criação de serviços e bens gratuitos ou fortemente subsidiados tais como educação, saúde, serviços sociais, habitação, transportes urbanos, atividades culturais, atividades de tempos livres, etc.

Com a generalização do Estado-Providência ou Estado-Social a seguir à II Guerra Mundial acentua-se cada vez mais a procura de bem-estar, bem-estar material e qualidade de vida.

As primeiras abordagens destes conceitos sublinhavam sobretudo a sua dimensão material (Welfare), identificando bem-estar e qualidade de vida com o rendimento económico. Neste sentido o conceito de bem-estar material consistiria na “avaliação feita pelo indivíduo ao seu rendimento ou, de um modo mais geral, à contribuição dos bens e serviços que o dinheiro pode comprar” (Galinha & Ribeiro, 2005:6).

Mais tarde estenderam-se os conceitos de bem-estar e de qualidade de vida a outras dimensões tais como relações sociais e familiares, satisfação com o trabalho, liberdade e saúde, entre outros. Com efeito, para Lehr (1999), citado por Moser (2008:11583) "não é somente importante acrescentar anos à vida, mas, também, acrescentar vida aos anos". Nesse mesmo sentido, o mesmo autor citando Costa (2001) afirma que mais importante do que ter a existência prolongada é envelhecer com dignidade e qualidade de vida (11584).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, entende-se por **qualidade de vida** “a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores, nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e ocupações. Trata-se de um conceito amplo influenciado de maneira complexa pelas relações sociais e pela interação com o meio ambiente” (Marconcin, 2009:19).

De acordo com vários especialistas da OMS, oriundos de várias culturas, a expressão qualidade de vida traduz-se em três aspectos fundamentais: “a subjetividade, a multidimensionalidade (inclui pelo menos as dimensões física, psicológica e social) e

a bipolaridade (presença de dimensões positivas e negativas)” (Kluthcovsky & Takayanagui, 2007:14).

Segundo nos relatam as mesmas autoras o termo foi mencionado pela primeira vez por Pigou em 1920, mas só começou a ser usado na literatura científica a partir de 1964 quando Lyndson Johnson, então Presidente dos EUA, declarou que “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas”, fazendo, com isso, alusão ao fato deste termo não se restringir apenas ao poder aquisitivo (Kluthcovsky & Takayanagui, 2007:14).

O termo tornou-se sinónimo de sucesso e a ter uma conotação “associada à melhoria do padrão de vida, principalmente relacionado com a obtenção de bens materiais, como casa própria, carro, salário, e bens adquiridos”. Segundo as mesmas autoras foi usado para criticar políticas economicistas fundamentadas no crescimento económico sem limites.

Com o decorrer dos tempos o conceito qualidade de vida passou a estar associado a desenvolvimento social, educação, saúde, lazer, realização pessoal, satisfação com a vida, acesso a bens culturais, bem como a felicidade, solidariedade e liberdade (Kluthcovsky & Takayanagui, 2007:14). O termo foi ganhando assim contornos simultaneamente objetivos e subjetivos.

As mesmas autoras sublinham ainda a relatividade do conceito, na medida que ele varia em função do tempo histórico, da cultura e da classe social. Quanto ao tempo histórico, a qualidade de vida varia de época para época dentro da mesma sociedade. No que diz respeito à cultura, a qualidade de vida varia de uma sociedade para outra, da mesma forma que varia de classe para classe social no seio da mesma sociedade.

Teixeira (2010:12) afirmar que “o conceito de Qualidade de Vida foi introduzido na área da saúde aquando da mudança da abordagem da saúde, de uma ênfase biomédica da saúde, para uma ênfase biopsicossocial”. Este conceito – refere o mesmo autor – apareceu no início da década de 90, definido pelo grupo WHOQOL (instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde), quando se começou para reconhecer a sua importância para a promoção da saúde física e mental e para o Bem-Estar social das pessoas. Associado ao conceito surgiu a necessidade de criar instrumentos da sua avaliação com base científica. A criação desta equipa partiu da iniciativa da OMS (Organização Mundial de Saúde) que reuniu um

grupo de peritos de diversas culturas, para responder a esta necessidade (Canavarro, Simões, Pereira & Pintassilvo (2005), citados por Teixeira, 2010:14).

Silva (2009:30), de acordo com Ribeiro (2005), afirma que os primeiros estudos sobre Qualidade de Vida procuraram definir os domínios decisivos para a Qualidade de Vida. Campbell et al (1976), citados por Silva (2009: 30), identificaram doze domínios ou dimensões para definir a QdV: “comunidade, educação, vida familiar, amizades, saúde, habitação, casamento, vizinhança, *self*, padrão de vida e trabalho” mas adiante, Silva refere que vários estudos apontam outros domínios, concluindo que a saúde é o que define melhor a QdV. Donald (1997), citado por Guiomar (2010:9-10), formulou cinco classes gerais para definir a Qualidade de Vida:

- “- Bem-estar físico;
- “- Relações Interpessoais (família, amigos e participação da comunidade);
- Desenvolvimento pessoal;
- Atividades espirituais e transcendentais;
- Atividades recreativas (socialização, entretenimento ativo e passivo”.

A OMS (1998), citada por Guiomar (2012:10) definiu qualidade de vida como a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais se insere em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Teixeira (2010:13) refere que, com os avanços da investigação, sobretudo do grupo WHOQOL, “a Qualidade de Vida passa a ser vista como um sentimento do Bem-Estar pessoal, associada a determinados indicadores objetivos, nomeadamente biomédicos, psicológicos e sociais, e indicadores subjetivos, pois tem em conta a opinião que cada indivíduo possui sobre a satisfação com sua vida”.

Quanto à Qualidade de Vida dos Idosos, Jacob (2007), citado por Teixeira (2010:14), a partir de vários estudos sobre a Qualidade de Vida dessa faixa etária observou os seguintes determinantes: “a) possuir autonomia para executar as atividades do dia-a-dia; b) manter uma relação familiar e/ou com o exterior regular; c) ter recursos económicos suficientes; d) realizar atividades lúdicas e recreativas constantemente”.

Flek e col (2003) investigadores do projeto WHOQOL-OLD realizaram um estudo cujos objetivos consistiram na avaliação das condições que permitem uma boa Qualidade de Vida. Através dos Idosos entrevistados constataram que estes indivíduos mostraram uma propensão para associar Qualidade de Vida a Bem-Estar. Verificaram

ainda que quase todos os idosos associam a Qualidade de Vida à “saúde, sociabilidade, suporte social, atividade física, possibilidade de dar suporte e apoio e sentimento de utilidade” (Teixeira, 2010:14).

Através dos parágrafos anteriores podemos afirmar que o conceito de Qualidade de Vida é multidimensional e está associado ao Bem-Estar e é traduzido por várias dimensões, entre as quais destacamos as seguintes: económicas, sociais, biológicas e psicológicas.

Importa agora debruçarmo-nos sobre o conceito de bem-estar subjetivo.

Giacomoni & Hutz (2006:236) afirmam que o “Bem-estar subjetivo é definido como a avaliação cognitiva e afetiva que a pessoa faz sobre a própria vida”. Os mesmos autores, de acordo com Diener, Lucas & Oishi (2005), acrescentam logo a seguir que “essa avaliação inclui as reações emocionais aos eventos, assim como os julgamentos cognitivos de satisfação para com a própria vida. Sendo assim, bem-estar subjetivo é um conceito amplo que inclui experienciar emoções prazerosas, baixos níveis de afeto negativo e altos níveis de satisfação de vida”. De acordo com os mesmos autores o afeto constitui “o segundo componente do bem-estar subjetivo, é composto pelas respostas afetivas das pessoas, incluindo afetos prazerosos e desprazerosos” (2006:236).

O conceito de Bem-Estar Subjetivo é comumente aceite como multidimensional, mas Lawton, Kleber & Dicarlo (1984) identificaram três fatores que consideram nucleares e comuns a todos os estudos realizados: o afeto positivo, o afeto negativo e a congruência entre os objetivos desejados e os objetivos atingidos (Silva, 2009:46). Giacomoni & Hutz (2006:236) sublinham, a este propósito, que “segundo Watson, Clark e Tellegen (1988), duas dimensões consistentes emergem nos estudos sobre a estrutura afetiva ao longo das culturas: afeto positivo e afeto negativo. O afeto positivo reflete o quanto uma pessoa está sentindo-se entusiástica, ativa e alerta, enquanto o afeto negativo é uma dimensão geral da angústia e insatisfação, o qual inclui uma variedade de estados de humor aversivos, incluindo raiva, culpa, desgosto, medo”.

Para Galinha e Ribeiro (2005), citados por Fernandes (2011:5) afirmam que existem três elementos fundamentais na questão do bem-estar: é subjetivo porque pertence ao âmbito da experiência particular, em segundo lugar afirmam que o bem-estar envolve uma dimensão pessoal da vida como um todo, mas também com as suas particularidades; finalmente o bem-estar inclui a avaliação dos afetos positivos e negativos (emoções, sentimentos e humor).

Diener (2000), citado por Fernandes (2011:4), “define Bem-Estar Subjetivo como sendo a avaliação que a própria pessoa faz da sua vida, podendo ser dividido em dois itens, o aspecto cognitivo e o aspecto afetivo. Acrescenta depois que “o aspecto cognitivo diz respeito ao julgamento da satisfação com a própria vida em geral ou em domínios específicos (como a capacidade física e mental ou os relacionamentos sociais)”, enquanto “o aspecto emocional diz respeito ao equilíbrio entre afetos positivos e afetos negativos”.

Segundo a mesma autora, há quem defina o Bem-Estar Subjetivo como sinónimo de auto-estima; outros como ausência de depressão; outros ainda como sinónimos de ânimo ou de satisfação. É por isso que Silva (2009:6) afirma que se não existe consenso em relação ao conceito de Bem-Estar, o acordo é ainda mais difícil quanto à forma de o medir. A mesma autora afirma que os conceitos de ânimo, satisfação com a vida ou ausência de depressão, são distintos, mas são muitas vezes usados como termos equivalentes. Segundo Wenger (1992), citado por Silva (2009:46), o Bem-Estar subjetivo é composto pelo ajustamento e satisfação com a vida, considerando estes termos virtualmente indistinguíveis.

Vejamos agora o que se passa com os idosos no que diz respeito a este conceito. Fernandes (2011:10), em relação a esta faixa etária, afirma que o Bem-Estar Subjetivo ocorre quando os indivíduos sentem prazer e satisfação com a própria vida. Por sua vez Myers & Diener (1995), citados por Silva (2009:47), referem que o afeto positivo e o afeto negativo estão correlacionados.

“Ainda na busca de melhor descrever o conceito, diversos estudos (Diener et al., 1997; Diener et al., 1999; Diener & Lucas, 2000) tiveram como objetivo identificar a constituição do bem-estar subjetivo, e chegaram a dois componentes: julgamento global de satisfação com a vida, ou com domínios específicos dela, e experiências emocionais positivas e negativas. A satisfação com a vida é um componente cognitivo e os afetos positivos e negativos representam a dimensão das emoções” (Hernandez, 2007:18).

Lawton (1983), citado por Silva (2009:49), defende que a pessoa idosa se torna cada vez mais sensível ao meio ambiente, sendo este, por isso, um agente importante na promoção do seu Bem-Estar. Por sua vez, Paúl (1992), citado pela mesma autora, afirma que

“o Bem-Estar dos idosos tem de fato a ver com atitudes, traços de personalidade, estados de humor e mais ainda com o ambiente em que os indivíduos

se desenvolveram e vivem, numa combinação única que é a sua história de vida. Só a partir de uma análise transacional da unidade ecológica pessoa/ambiente seremos capazes de compreender o Bem-Estar subjetivo dos idosos que envelhecem nos diferentes cenários” (2009:49).

Por sua vez, Strawbridge, Wallhagen e Cohen (2002), citados por Fernandes (2011:5), defendem que o Bem-Estar Subjetivo constitui um critério fundamental para uma velhice bem-sucedida, ao mesmo tempo que é um fator fulcral para a promoção da Qualidade de Vida. Fernandes (2011:5) sublinha que para avaliar esta Qualidade de Vida é necessário ter em conta indicadores objetivos do idoso, tais como recursos económicos e ainda indicadores psicossociais que incluem critérios de julgamento pessoal do Bem-Estar.

Por outro lado, Pereira (1997), Diener, Suh, Lucas & Smith (1999), citados por Fernandes (2011:5), afirmam que o Bem-Estar Subjetivo é indissociável de um envelhecimento saudável, sublinhando ainda que é um indicador da saúde mental, sinónimo de felicidade, de ajuste e de integração social. Acrescentam ainda que esse Bem-Estar se associa negativamente aos sintomas depressivos e às doenças físicas. Por isso mesmo, os mesmos autores concluem que o Bem-Estar Subjetivo traduz um nível elevado de adaptação do idoso face ao seu próprio envelhecimento. Na mesma ordem de ideias Agulló (1999), citado por Guedea et al (2006:3-4), afirma que “as teorias físico-biológicas e psicológicas do envelhecimento indicam que o idoso precisa adaptar-se a situações sociais e condições físicas típicas da terceira idade”, uma vez que o envelhecimento é caracterizado por uma perda gradual das capacidades funcionais do indivíduo, o que compromete a sua autonomia.

Segundo Gracia (1997), citado por Guedea et al (2006:3), o Bem-Estar subjetivo do idoso está associado a um envelhecimento saudável. Com efeito, segundo Serafim (2007), citado pelo mesmo autor, o Bem-Estar do idoso depende de bons hábitos alimentares, da supressão do consumo de álcool e de tabaco e da prática regular de atividade físicas. A mesma autora acrescenta que os idosos praticam, cada vez mais, atividades físicas, o que favorece a comunicação e os sentimentos e as emoções gratificantes, ao mesmo tempo que evitam doenças associadas ao sedentarismo. Mais adiante, a autora sublinha que as atividades físicas são um ótimo meio de integração social, promotor de convívio, uma vez que melhoram o relacionamento com os outros, o que permite suplantir ou reduzir a solidão e o isolamento. Por isso as atividades físicas não só contribuem para a saúde física, mas também para a saúde psicológica, através do

incremento dos contactos sociais. Por outro lado, a atividade física constitui uma forma excelente de ocupação dos tempos livres, que são acrescidos devido a aposentação.

Podemos sublinhar, segundo a autora, que a atividade física contribui para o Bem-Estar do idoso, devido ao seu impacto na sociabilidade e na saúde biológica e psicológica.

Finalmente, podemos concluir que o Bem-Estar do idoso depende de uma grande variedade de fatores, dos quais destacamos os contributos de uma alimentação saudável, de atividade física regular, de uma boa rede de relações sociais, do apoio dos familiares e de uma situação económica confortável.

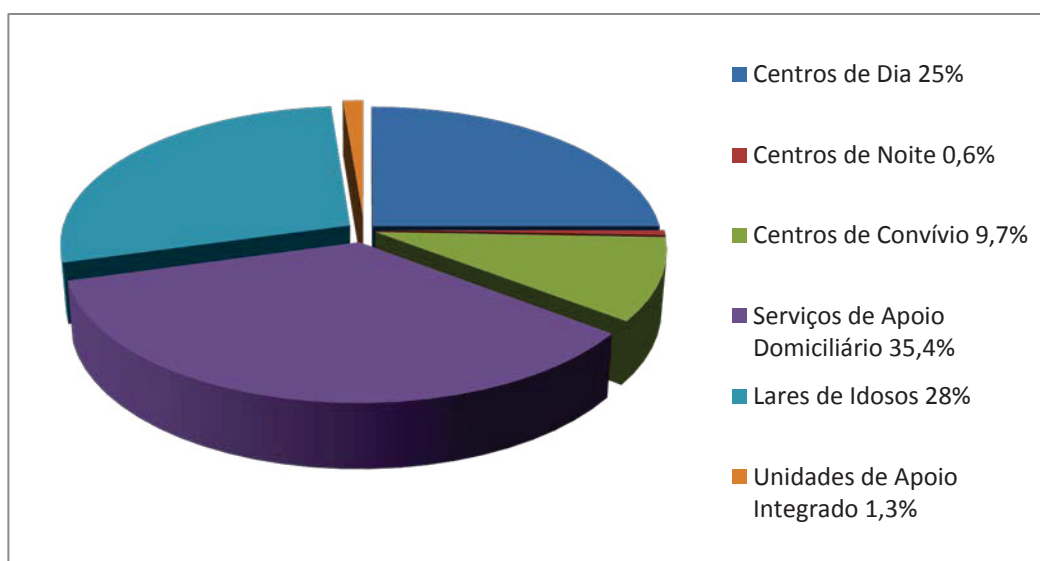
8. Centros de Dia e Bem-Estar Subjectivo

O Bem-Estar e a Qualidade de Vida pressupõem, como já assinalámos mais atrás, uma série de condições e de contextos, de entre as quais devemos destacar as redes de apoio social de que os Centros de Dia e outras estruturas de apoio aos idosos fazem parte. Este conjunto de instituições, associadas na sua origem à área da saúde mental, sob a designação de *Community Care*, apresentou-se como uma iniciativa dissidente face à modalidade de prestação de serviços em contexto institucional. A intensão fundamental consistia, e ainda consiste, em manter o idoso no seu domicílio, para que possa manter as suas redes de relações sociais, da família e dos amigos em particular, evitando desta forma a institucionalização que constitui uma quebra profunda nos seus hábitos e rotinas.

A Rede de Serviços e Equipamentos Sociais, tal como vem expresso no documento com o título Protecção Social a Idosos (2012) são as seguintes: Serviços de Apoio Domiciliário; Lares de Idosos, e Centros de Dia, Centros de Noite, Centros de Convívio, Serviços de Apoio Domiciliário e Unidades de Apoio Integrado³.

³. Documento da “Rede de Serviços e Equipamentos Sociais” – Protecção Social a Idosos (2011).

Quadro nº 3. Redes de Serviços e Equipamentos Sociais



Estas instituições, sublinha Sequeira (2013:33), citando o Instituto de Segurança Social (2013), fazem parte do

“sistema de solidariedade e segurança social [que] integra os subsistemas de protecção social e cidadania (visa assegurar direitos básicos, garantir a igualdade de oportunidades, direito a mínimos vitais dos cidadãos em situação de carência económica, prevenção e erradicação de situações de pobreza e exclusão, promover o bem-estar e a coesão social); sistema de protecção à família (garantir a compensação de encargos familiares acrescidos quando ocorram eventualidades legalmente previstas); subsistema previdencial (compensar a perda ou redução de rendimentos de atividade profissional quando ocorram eventualidades legalmente previstas) ”.

Castiello (1996), citado por Sequeira (2013:33) resume assim os

“principais objetivos desta estrutura comunitária: (i) recuperar ou manter ao máximo o grau de autonomia individual que permitam as potencialidades do individuo; (ii) prevenir o incremento da dependência através realização de intervenções reabilitadoras; (iii) ser um meio facilitador do desenvolvimento de relações e atividades sociais gratificantes para o sujeito; (iv) retardar as institucionalizações precoces e indesejadas; (v) promover a permanência do individuo no seu meio; (vi) proporcionar a realização de atividades básicas da vida quotidiana fornecendo apoio ao adulto idoso, assim como aos elementos pertencentes ao seu núcleo familiar; e por último, (vii) melhorar e manter o nível de saúde aos utilizadores através do controlo e prevenção de doenças”.

O documento Protecção Social a Idosos (2012) sublinha que “para a população idosa as valências mais estruturantes, i.e. com maior capacidade de resposta e nas quais tem sido realizada uma maior aposta em termos de investimento e de apoio público ao funcionamento, são: Serviço de Apoio Domiciliário, Lar de Idosos e Centro de Dia”, com as quais o Estado financia mensalmente os cuidados prestados a mais de 155.800 pessoas.

Segundo Castiello (2003), citado por Silva (2013:31), “o alicerce dos centros de dia remonta aos anos 20, na Rússia, onde se iniciam programas de cuidados diurnos dirigidos a pessoas com doença mental, cujo principal objetivo terá sido encontrar alternativas ao processo de internamento hospitalar”. No entanto, é nos Estados Unidos que os Centros de Dia surgem de forma significativa a partir dos anos 60, inspirados no movimento de desinstitucionalização, sobretudo de natureza psiquiátrica.

Silva (2013:31) define Centro de Dia como um recurso intermédio “que veio colmatar uma dicotomia existente nos serviços de apoio, que, por um lado, se baseavam nos cuidados domiciliários e, por outro lado, nos cuidados residenciais”. Sequeira (2013:34), baseada na legislação sobre a segurança social, define Centro de Dia como uma instituição que se destina a prestar determinados serviços aos idosos, tais como os de natureza social, cultural, recreativa e educativa, possibilitando-lhes manter os laços de proximidade com o seu meio social e familiar.

O Centro de Dia é uma instituição extremamente importante para promover um envelhecimento ativo, na medida que ao estimular relações sociais e atividades ocupacionais, tais como as artesanais, a informática, as estéticas, os jogos, os passeios e a atividade física, entre outras, evitam o isolamento e a tendência frequente para a tristeza, o isolamento e a depressão, que são frequentes nesta fase da vida.

Parte II - Estudo Empírico

O nosso estudo empírico realiza-se no Centro Social do Lídador em Beja, por isso consta do capítulo a seguir.

1. O Centro Social do Lídador

Segundo a Câmara Municipal de Beja, “O Centro Social do Lídador é uma extensão da Casa do Idoso, da rua onde mora, um prolongamento das relações de vizinhança tão características do nosso Alentejo, para conviver com outros idosos e com outras gerações, nomeadamente crianças e onde lhe é prestado um acompanhamento em ambiente semi-familiar, ouvindo os seus problemas, contribuindo para os resolver, de forma direta ou através de encaminhamento” (CMB, 2011:1). Mais adiante esclarece que se trata de “um projeto estruturante, enquadrado na primeira linha de orientação do Plano de Desenvolvimento Social do Concelho de Beja, cujo fim é a «Criação, extensão e qualificação de equipamentos e serviços de apoio social» ” (CMB, 2007:1).

Os seus objetivos constam no artigo 2º do Regulamento do Centro, a saber:

“a) Criar condições que permitam melhorar a qualidade de vida do idoso, sendo considerado como tal, para efeitos do presente regulamento, o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos e ou o indivíduo em situação de reformado ou pensionista.

“b) Minimizar o isolamento, solidão e dependência, através da animação sócio – cultural como forma de promoção social e pessoal destes cidadãos, cujo papel ainda é socialmente desvalorizado.

“c) Contribuir para a integração social deste grupo etário, valorização da auto-estima e mudança de atitude, trabalhando a sua imagem social através de atividades de animação e ocupação.

“d) Valorizar, numa perspectiva intergeracional, o aproveitamento e transmissão de saberes da população idosa, quer nas áreas das atividades tradicionais, quer com novas experiências, criando ateliers polivalentes em interação com as escolas.

“e) Recolher o capital de memória desta população como forma de defesa e preservação de uma identidade cultural local.

“f) Contribuir para o reforço e consolidação das redes de apoio social já existentes, estruturando uma parceria local por forma a rentabilizar os recursos vocacionados para esta população-alvo.

“g) Promover o intercâmbio com todas as escolas, em particular as escolas profissionais com áreas de formação relacionadas com os objetivos do Centro, de modo a estimular a fixação dos jovens, reforçando localmente o mercado social de emprego, através da disponibilização de espaços de aplicação dos seus conhecimentos e de desenvolvimento das suas capacidades.

“h) Promover e rentabilizar o voluntariado social” (CMB, 2007:1)

Quanto à sua história, devemos sublinhar que o Centro foi fundado em 2007, escolhendo-se para tal uma data simbólica, o 1º de Outubro, que é o Dia Internacional do Idoso.

Deve ser também ainda indicado que o CSL tem 1.157 idosos inscritos, mas destes, os que frequentam regularmente o Centro são entre 150 e 200 idosos.

Desde o início que o Centro se propõe ser um espaço polivalente cujo “ programa de atividades regulares a oferecer aos utentes contempla, entre outras áreas, uma forte aposta no ensino do manuseamento das novas tecnologias da informação. Uma aposta que servirá para combater o isolamento dos idosos que, através da Internet, podem construir novas amizades e abrir uma janela de novas oportunidades que tem o mundo como horizonte”. Mais adiante o mesmo *site* acrescenta que uma das atividades centrais

a desenvolver consiste na “promoção do gosto pela atividade física, em gerações cujos hábitos são marcadamente sedentários [e que esta] é outra das linhas de ação propostas pela equipa técnica do Centro Social do Lيدador. Nesta extensão da sua própria casa, os idosos e reformados serão encorajados a praticar ginástica, hidroginástica, caminhadas e passeios ao ar livre.

Para além destas atividades, outras existem de natureza regular ou irregular. As atividades de natureza regular estruturam-se em ateliês dirigidos aos seus utentes:

- bainhas abertas; costura, croché e tricot; renda de bilros; alfabetização; artes decorativas; arraiolos; bordados de castelo; canto, informática.

Quanto à sua estrutura, o Centro é constituído por uma equipa técnica, coordenada por um(a) coordenador/a que funcionará na dependência direta do Gabinete de Desenvolvimento Social – Equipa Multidisciplinar de Desenvolvimento Social.

Deve assinalar-se também que o Centro fornece refeições a preços controlados aos seus utentes.

Deve sublinhar-se ainda que os seus utentes, para serem admitidos, têm que preencher os seguintes requisitos: a pessoa deve ser reformada ou pensionista, autónoma e residir no Concelho de Beja.

2. Enquadramento Metodológico

Um projeto de investigação que pretenda ter uma dimensão de intervenção na realidade, que pretenda influenciar o destino desta ou, mais modestamente, apenas alguns aspectos dele, necessita de adotar uma metodologia adequada, de forma que os meios e os fins se ajustem para produzir um trabalho com um valor acrescentado.

Foi assim que, para o cumprimento do objetivo geral da nossa tese, que consiste em compreender a importância e o contributo de um Centro de Dia para o Bem-Estar Subjetivo dos Idosos, entendemos que o mais adequado consistiria em escolher uma metodologia de investigação para a ação.

A nossa abordagem assenta, deste modo, num modelo de investigação de natureza quali-quantitativa tendo sido utilizadas técnicas adequadas à singularidade desta investigação. A natureza qualitativa da investigação prende-se com o enquadramento teórico que fizemos da problemática relativamente à problemática central da nossa tese. A nossa recolha de dados foi realizada a partir do inquérito por questionário que aplicámos à nossa amostra, do qual constam essencialmente questões orientadas para o conhecimento do papel do Centro Social do Lídador no Bem-estar dos seus utentes, com o intuito de propor um projeto de intervenção que corresponda às expectativas dos idosos.

2.1 Problemática

A problemática fundamental do nosso trabalho centra-se no Bem-estar Subjetivo dos idosos e nos contributos dos Centros de Dia para esse fim. Com efeito, a criação de Centros de Dia desempenha um papel social muito importante, dado que favorece a interação dos idosos, o que contribui de forma significativa para quebrar o isolamento que é muito frequente na terceira idade. Estes centros, para além do convívio, prestam

ainda serviços ocupacionais que, de certa forma, vêm preencher o vazio criado com a aposentação e com ela o sentimento de inutilidade. Pensamos que o nosso estudo vem mostrar com bastante acuidade essa relação de causa-efeito entre frequência de Centro de Dia-Bem-Estar Subjetivo, reforçando outros estudos que vão no mesmo sentido, o que nos conduz à possibilidade de extrapolação que pode e deve contribuir para uma aposta muito maior neste tipo de apoio social por parte dos poderes públicos.

2.2. As Técnicas de Recolha de Dados

Quanto às técnicas de recolha de dados a utilizar, Guerra diz que estas “dependem do contexto em que se realiza o estudo, sendo de considerar a existência ou não de informações já recolhidas, as características do grupo-alvo (...), do tempo e do financiamento disponíveis, etc.” (2006:67). Neste sentido, para a concretização do nosso trabalho, decidimos utilizar o método do inquérito por questionário. A opção deveu-se à natureza específica do público-alvo: este é muito diversificado e participa em várias atividades, o que nos orientou para uma amostra variada e de volume considerável, de forma a ser o mais representativa possível. Ora, dada a dimensão da amostra e o tempo disponível para a realização do diagnóstico, pareceu-nos que o inquérito por questionário seria o mais adequado.

Para melhorarmos o nosso instrumento de recolha de dados efetuámos a aplicação de um pré-teste a vinte idosos. Em função das respostas obtidas, das dificuldades encontradas pelos informantes e de perguntas desajustadas, foi necessário corrigir alguns aspectos do questionário, nomeadamente no que diz respeito às habilitações, ou ao estado civil (não existiam uniões de fato) ou ao número de vezes que os utentes frequentam por mês e semana o Centro Social do Lيدador, ou à redundância de questões que, por isso, se prestavam à confusão, entre outros aspectos.

2.3. Definição da Amostra

A população-alvo da nossa pesquisa é toda a população idosa, reformada e ou pensionista, autónoma, que frequenta o Centro e ou as suas atividades.

Quanto à definição da amostra, optou-se pelo “método de amostragem não casual por conveniência, que começámos por aplicar no pré-teste. A escolha deste método de

amostragem tem vantagens e desvantagens também. Com efeito, Hill & Hill (2012:49) dizem que este tipo de amostragem não é muito aconselhável para extrapolar para o Universo. Contudo, é um método conveniente quando se dispõe de pouco tempo para realizar a recolha de dados, dado que “tem vantagem por ser rápido, barato e fácil”, o que é aconselhável para a nossa pesquisa, porque coincide com as restrições em que esta se desenrola. Deste modo definimos por inquirir 50 utentes, garantindo a aplicação dos questionários a frequentadores das várias atividades e ainda aos idosos que não praticam nenhuma delas, procurando assim garantir ao mesmo tempo a proporcionalidade e a representatividade.

3. Análise e Discussão dos Resultados

Dado que o instrumento de recolha de dados consistiu num inquérito por questionário, considerámos que o mais adequado para o tratamento dos mesmos seria a utilização do SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). A aplicação deste programa permitiu-nos quantificar as respostas, traduzidas em Tabelas e Gráficos, tal como veremos a seguir. Com efeito, o presente capítulo tem como objetivo apresentar o resultado e a análise relativa aos inquéritos por questionário e analisar realizados aos utentes do Centro Social do Lidador, com objetivo de compreender de que forma a instituição contribui para o Bem-estar dos utentes.

Neste contexto, a análise divide-se em quatro partes, a primeira parte tem como objetivo caracterizar os inquiridos, relativamente ao género, idade, habilitações, situação profissional, estado civil e agregado familiar. A segunda parte diz respeito ao grau de satisfação do bem-estar dos inquiridos em relação à profissão exercida, à sua situação económica, habitacional, de saúde, e relações sociais. Na terceira parte, serão analisados os dados referentes à participação dos utentes nas atividades promovidas pelo Centro Social do Lidador. Por, último, a quarta parte, refere-se ao contributo do Centro Social do Lidador para o bem-estar dos utentes.

Caracterização dos inquiridos

Na primeira parte do questionário, procurou-se identificar os inquiridos relativamente a vários itens, nomeadamente no que diz respeito ao género, idade,

habilitações, situação profissional, estado civil e agregado familiar.

Tabela nº 1: Género

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Feminino	39	78,0	78,0	78,0
Masculino	11	22,0	22,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Em relação ao género podemos verificar que foram inquiridos 39 mulheres (78%) e 11 homens (22%) como se pode constatar através da tabela número 1, referente ao género.

Tabela nº 2: Idade

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
55-60	1	2,0	2,0	2,0
61-65	5	10,0	10,0	12,0
66-70	14	28,0	28,0	40,0
71-75	15	30,0	30,0	70,0
76-80	10	20,0	20,0	90,0
81-85	4	8,0	8,0	98,0
81-85	1	2,0	2,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

No que diz respeito à idade pode-se verificar na tabela número 2 que os grupos etários predominantes na amostra são o grupo dos 66 aos 70 anos e o grupo dos 71 aos 75 anos (15 utentes) e o dos 66 aos 70 anos (14 utentes), o que se traduz, nomeadamente, em 30% e 28% da amostra. Seguidamente o grupo dos 76 aos 80 anos representa 20% dos inquiridos, ou seja, 10 utentes. O grupo dos 61-65 é constituído por 5 utentes (10%), ao grupo dos 81-85 anos pertencem 4 idosos (8%) e os grupos dos 55 aos 60 anos e dos 81 aos 85 anos são igualmente compostos por 1 utente (2%).

Tabela nº 3: Habilitações

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
1. Não sabe ler nem escrever	4	8,0	8,0	8,0
Sabe ler e escrever	5	10,0	10,0	18,0
1º Ciclo	28	56,0	56,0	74,0
2º Ciclo	5	10,0	10,0	84,0
3º Ciclo	3	6,0	6,0	90,0
Ensino Secundário	4	8,0	8,0	98,0
Licenciatura	1	2,0	2,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Em relação às habilitações literárias pode observar-se na tabela nº 3 que 28 inquiridos (56%) possuem o 1º ciclo, 5 utentes (10%) sabem ler e escrever, igualmente, 5 idosos (10%) concluiu o 2º ciclo, 4 inquiridos (8%) não sabem ler nem escrever e outros 4 (8%) terminaram o ensino secundário. Por último, 3 utentes (6%) têm o 3º ciclo e 1 inquirido (2 %) finalizou a licenciatura.

Tabela nº 4: Profissão

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Funcionário público	9	18,0	18,0	18,0
Doméstica	8	16,0	16,0	34,0
Costureira	8	16,0	16,0	50,0
Motorista	6	12,0	12,0	62,0
Secretaria	6	12,0	12,0	74,0
Hotelaria	5	10,0	10,0	84,0
Empregada de limpeza	4	8,0	8,0	92,0
Agricultor	3	6,0	6,0	98,0
jardineiro	1	2,0	2,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Relativamente à profissão exercida podemos constatar que 9 utentes (18%)

foram funcionários públicos, 8 utentes (16%) exerceram a ocupação de costureira, assim como outras 8 (16%) eram domésticas. Observa-se através da tabela número 4, que 6 utentes (12%) desempenharam a função de motorista e outros 6 idosos (12%) exerceram atividades de secretariado. A atividade hoteleira foi exercida por 5 dos inquiridos (10%), 4 utentes (8%) foram empregadas de limpeza, 3 (6%) estiveram ocupados na agricultura, e 1 (2%) foi jardineiro.

Tabela nº5: Situação Profissional

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Reformado	41	82,0	82,0	82,0
Pensionista	8	16,0	16,0	98,0
Desempregado	1	2,0	2,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Quanto à situação profissional 41 utentes (82%) encontram-se reformados, 8 idosos (16%) são pensionistas e 1 utente (2%) encontra-se desempregado como se pode confirmar na tabela número 5.

Tabela nº 6: Estado Civil

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Viúvo	24	48,0	48,0	48,0
Casado	22	44,0	44,0	92,0
Solteiro	2	4,0	4,0	96,0
Divorciado	2	4,0	4,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Verifica-se através da tabela número 6, que no que diz respeito ao estado civil, 24 inquiridos (48%) são viúvos, 22 (44%) estão casados, 2 utentes (4%) são solteiros e 2 (4%) encontram-se divorciados.

Tabela nº 7: Filhos

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Sim	46	92,0	92,0	92,0
Não	4	8,0	8,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Relativamente aos filhos verifica-se que 46 utentes (92%) têm filhos, como se observa na tabela número 7.

Dos 50 inquiridos, 24 (48%) têm 2 filhos, 14 (28%) têm 1 filhos, 5 (10%) possuem 3 filhos e 2 utentes (4%) têm 4 filhos, tal como se confirma na tabela seguinte (tabela número 8).

Tabela nº 8: Número de Filhos

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
2	24	48,0	48,0	48,0
1	14	28,0	28,0	76,0
3	5	10,0	10,0	86,0
N/A	5	10,0	10,0	96,0
4	2	4,0	4,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

No que diz respeito à dependência dos filhos, 46 utentes (92%) afirmaram não ter nenhum filho dependente, 3 inquiridos (6%) responderam ter 1 filho dependente e 1 idoso relatou ter 2 filhos dependentes.

Tabela nº 9: Filhos dependentes

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Nenhum	46	92,0	92,0	92,0
1	3	6,0	6,0	98,0
2	1	2,0	2,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Grau de Satisfação e Bem-estar dos Inquiridos

Na segunda parte do questionário foram colocadas várias questões no sentido de avaliar o grau de satisfação dos inquiridos face a uma série de aspectos que passamos a descrever.

Tabela nº 10: Satisfação com a profissão que exercia

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Satisfeito	27	54,0	54,0	54,0
Muito Satisfeito	18	36,0	36,0	90,0
Pouco Satisfeito	3	6,0	6,0	96,0
Insatisfeito	2	4,0	4,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

No que diz respeito à satisfação com a profissão que exercia, 27 (54%) utentes revelaram estar satisfeitos, enquanto 18 utentes (36%) disseram que se sentiam muito satisfeitos, 3 (6%) responderam pouco satisfeito e 2 (4%) insatisfeito (ver tabela nº 10).

Tabela nº 11: Satisfação com a situação económica

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Satisfeito	22	44,0	44,0	44,0
Pouco Satisfeito	19	38,0	38,0	82,0
Insatisfeito	5	10,0	10,0	92,0
Muito Satisfeito	4	8,0	8,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Quanto ao grau de satisfação com a situação económica, 22 utentes (44%) responderam estar satisfeitos, 19 (38%) disseram que se sentiam pouco satisfeitos, 5 (10%) revelaram que estavam insatisfeitos e 4 (8%) que se sentiam muito satisfeitos.

Tabela nº 12: Satisfação com a habitação

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Satisfeito	31	62,0	62,0	62,0
Muito Satisfeito	11	22,0	22,0	84,0
Pouco Satisfeito	6	12,0	12,0	96,0
Insatisfeito	2	4,0	4,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Quanto ao grau de satisfação com a habitação onde moram, a maioria dos utentes (31 =62%) respondeu estarem satisfeitos, 11 utentes (22%) responderam que estavam muito satisfeitos, enquanto 6 (12%) se manifestaram pouco satisfeitos e 2 (4%) insatisfeitos, conforme mostra a tabela número 12.

Tabela nº 13: Satisfação com a saúde

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Satisfeito	28	56,0	56,0	56,0
Pouco Satisfeito	16	32,0	32,0	88,0
Insatisfeito	6	12,0	12,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Conforme mostra a tabela número 13, relativamente à satisfação com a saúde, 28 (56%) utentes mostraram estar satisfeitos com a sua saúde, 16 (32%) responderam estar pouco satisfeitos e 6 (12%). De notar que nenhum utente respondeu ao grau muito satisfeito.

Tabela nº 14: Satisfação com as relações familiares

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Satisfeito	30	60,0	60,0	60,0
Muito Satisfeito	20	40,0	40,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

A tabela número 14 mostra-nos, no que diz respeito à satisfação com as relações familiares, 30 utentes (60%) responderam que estavam satisfeitos, enquanto 20 (40%) se mostraram muito satisfeitos.

Tabela nº 15: Satisfação com as relações com amigos

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Satisfeito	41	82,0	82,0	82,0
Muito Satisfeito	8	16,0	16,0	98,0
Pouco Satisfeito	1	2,0	2,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

No que diz respeito às relações com os amigos, uma maioria muito significativa (41 utentes = 82%) respondeu estar satisfeita, enquanto 8 (16%) disse estar muito satisfeitos e apenas 1 (2%) se mostrou insatisfeito.

Participação nas Atividades do Centro Social do Lidador

Nesta parte do questionário pretendeu-se inquirir sobre a prática de atividades que os utentes realizam na instituição.

Tabela nº 16: Tempo de frequência do CSL

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
1 ano	2	4,0	4,0	4,0
2 anos	10	20,0	20,0	24,0
3 anos	4	8,0	8,0	32,0
4 anos	10	20,0	20,0	52,0
5 anos	8	16,0	16,0	68,0
6 anos	8	16,0	16,0	84,0
7 anos	8	16,0	16,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Nesta parte foi colocada uma pergunta aberta a fim de se saber há quanto tempo cada utente frequenta a instituição. No grupo das respostas, apurou-se que os maiores grupos são os dos utentes que frequentam a instituição há 2 anos e 4 anos, com 10 respostas (20%) cada um. Seguem-se os grupos que frequentam há 5, 6 e 7 anos, com 8 (16%) utentes em cada grupo. Depois vêm aqueles que frequentam a instituição há 3 anos (4 elementos = 8%) e 2 (4%) que frequentam há 1 ano.

Tabela nº 17: Motivos que levou o inquirido a frequentar o CSL

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Convívio	20	40,0	40,0	40,0
Convívio e Atividades	19	38,0	38,0	78,0
Convívio e Ginástica	7	14,0	14,0	92,0
Frequentar a informática	4	8,0	8,0	100,0
Total	50	100,0	100	

Quanto às respostas à pergunta sobre as razões que levaram os utentes a ingressar no CSL, 20 (40%) responderam que foi para conviver, 19 (38%) que foi para conviver e participar nas atividades, 7 (14%) para conviver e fazer ginástica e apenas 4 (8%) para frequentar a informática.

Quanto à questão acerca do número de vezes que os idosos frequentam a instituição, a maioria (32 = 64%) frequenta-a 3 ou mais vezes por semana, seguida de um grupo de 10 utentes (20%) que a frequenta 2 vezes por semana. São 4 (8%) os que

frequentam a instituição 1 vez por semana, sendo que os restantes 4 (8%) a frequentam 2 ou menos vezes por mês (ver tabela nº 18)

Tabela nº 18: Número de vezes que frequenta a instituição

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Menos de duas vezes por mês	1	2,0	2,0	2,0
Duas vezes por mês	3	6,0	6,0	8,0
Uma vez por semana	4	8,0	8,0	16,0
Duas vezes por semana	10	20,0	20,0	36,0
Três vezes ou mais por semana	32	64,0	64,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Pretendeu-se saber se os utentes almoçam no Centro, ao que 13 (26%) responderam sim conforme consta na Tabela nº 19.

Tabela nº 19: Almoça no CSL

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Não	37	74,0	74,0	74,0
Sim	13	26,0	26,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Relativamente aos 13 utentes que almoçam na instituição a totalidade dos mesmos refere gostar das refeições, como podemos ver na Tabela nº 20.

Tabela nº 20: Gosta da alimentação

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
N/A	37	74,0	74,0	74,0
Sim	13	26,0	26,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Em seguida pretendemos saber se os idosos praticavam atividades fora do CSL e quais. A esmagadora maioria (42 = 84%) não pratica nenhuma atividade fora da

instituição, enquanto 8 (16%) pratica. Destes 8, 3 fazem ginástica (6%), outros (6%)

Tabela nº 21: Pratica alguma atividade fora do CSL

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Não	42	84,0	84,0	84,0
Sim	8	16,0	16,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Praticam hidroginástica, enquanto a caminhada, as rendas de bilros e macramé e a universidade sénior têm apenas 1 por cada atividade, conforme mostram as Tabelas 21 e 22.

Tabela nº 22: Atividades praticadas fora do CSL

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
N/A	41	82,0	82,0	82,0
Ginástica	3	6,0	6,0	88,0
Hidroginástica	3	6,0	6,0	94,0
Caminhada	1	2,0	2,0	96,0
Rendas de bilros e macramé	1	2,0	2,0	98,0
Universidade Sénior	1	2,0	2,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Em seguida colocamos duas questões relativamente as atividades praticadas no CSL. 40 dos inquiridos (80%) responderam que praticam atividades, enquanto 10 (20%) não praticam nenhuma.

Tabela nº 23: Pratica atividades no CSL

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Sim	40	80,0	80,0	80,0
Não	10	20,0	20,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Relativamente às atividades praticadas a que reúne mais respostas é a ginástica com

17, seguida das bainhas abertas com 15, os bordados de castelo branco com 13, as artes decorativas com 11, o croché e renda com 10, segue-se os arraiolos 8, a informática com 5 e o cante coral com 1, num total acumulado de 80 frequentadores em todas as atividades, conforme nos mostram as tabelas nº 23 e nº 24.

Tabela nº 24: Atividades praticadas no CSL

		Respostas		Porcentagem de casos
		N	Porcentagem	
Atividades praticadas no CSL	Ginástica	17	21,3%	42,5%
	Bainhas Abertas	15	18,8%	37,5%
	Bordados de Castelo Branco	13	16,3%	32,5%
	Artes Decorativas	11	13,8%	27,5%
	Croché e Renda	10	12,5%	25,0%
	Arraiolos	8	10,0%	20,0%
	Informática	5	6,3%	12,5%
	Cante Coral	1	1,3%	2,5%
Total		80	100,0%	200,0%

Quanto à frequência das atividades, 16 (32%) utentes referem que as praticam 2 vezes por semana, seguidos de 11 (22%) que as praticam 3 vezes por semana, 5 (10%) utentes praticam-nas 1 vez por semana, enquanto que 4 (8%) as frequentam 4 vezes

Tabela nº 25: frequência das atividades no CSL

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Uma vez por semana	5	10,0	10,0	10,0
Duas vezes por semana	16	32,0	32,0	42,0
Três vezes por semana	11	22,0	22,0	64,0
Quatro vezes por semana	4	8,0	8,0	72,0
Todos os dias	4	8,0	8,0	80,0
Não faz atividades	10	20,0	20,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

por semana, obtendo-se um quantitativo idêntico no que diz respeito a quem as frequentam todos os dias. Dos 50 utentes, 10 (20%) não faz nenhuma atividade.

Tabela nº 26: Que outras atividades gostaria que fossem dinamizadas no CSL.

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
As que existem são suficientes	31	62,0	62,0	62,0
Mais atividades de cante	7	14,0	14,0	76,0
Viagens	3	6,0	6,0	82,0
Jogo da malha	3	6,0	6,0	88,0
Contactos com os jovens	4	8,0	8,0	96,0
Ponto cruz	1	2,0	2,0	98,0
Mais bailes	1	2,0	2,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Contributo do Centro Social do Lيدador para o Bem-estar dos Idosos

Na quarta parte do questionário procurámos saber qual a importância do Centro para o Bem-estar Subjetivo dos idosos. Várias perguntas foram orientadas no sentido de se obter respostas que nos permitissem avaliar esse Bem-estar, entre as quais se situa um quadro com um elenco de sete Afectos Positivos e sete Afectos Negativos (Questões nº 26 e nº 27 do Questionário).

No que diz respeito ao grau de satisfação com as atividades realizadas no CSL, quase metade dos utentes (23 = 46%) revelaram estarem muito satisfeitos, 17 (34%) estarem satisfeitos, enquanto 10 (20%) não pratica nenhuma atividade.

Tabela nº27: Satisfação com as atividades realizadas no CSL

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Muito Satisfeito	23	46,0	46,0	82,0
Satisfeito	17	34,0	34,0	34,0
Não faz atividades	10	20,0	20,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Pretendeu-se saber qual o grau de satisfação em relação ao convívio entre homens e mulheres que frequentam a instituição, sendo que 48 (96%) disseram estarem satisfeitos e 2 (4%) muito satisfeitos.

Tabela nº 28: Satisfação em relação ao convívio entre homens e mulheres no CSL

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Satisfeito	48	96,0	96,0	96,0
Muito Satisfeito	2	4,0	4,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Quanto a satisfação com os funcionários, 39 (78%) indicaram estarem satisfeitos, enquanto que 11 (22%) revelaram estarem muito satisfeitos. Por isso ninguém se manifestou no sentido de estar insatisfeito ou pouco satisfeito.

Tabela nº 29: Satisfação com os funcionários do CSL

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Satisfeito	39	78,0	78,0	78,0
Muito Satisfeito	11	22,0	22,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

No que se refere à questão nº 26 do questionário, onde se diz “como se sentia antes de frequentar o CSL”, e em relação à questão nº 27, onde se diz “como se sente desde que frequenta o CSL, relativamente a vários indicadores de Bem-Estar (7 positivos e 7 negativos) obtivemos as respostas que se transcrevem nas tabelas seguintes.

Tabela nº 30: Bem: como se sentia antes e depois de frequentar o CSL

Antes	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Nem um pouco	3	6,0	6,0	6,0
Um pouco	17	34,0	34,0	40,0
Moderadamente	28	56,0	56,0	96,0
Bastante	2	4,0	4,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	
Depois	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Um pouco	1	2,0	2,0	2,0
Moderadamente	4	8,0	8,0	10,0
Bastante	45	90,0	90,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

O primeiro indicador que se perguntou foi Bem (Tabela nº 31), as respostas predominantes para antes de frequentarem o CSL foram 17 (34/%) para um pouco e 28 (56%) para moderadamente, enquanto 45 utentes (90%) responderam Bastante Bem desde que frequentam a instituição.

Tabela nº 31: Animado: como se sentia antes e depois de frequentar o CSL

Antes	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Nem um pouco	6	12,0	12,0	12,0
Um pouco	22	44,0	44,0	56,0
Moderadamente	21	42,0	42,0	98,0
Bastante	1	2,0	2,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	
Depois	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Moderadamente	6	12,0	12,0	12,0
Bastante	44	88,0	88,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

No que diz respeito ao segundo indicador, Animado (Tabela nº 32), 6 (12%) responderam nem um pouco, 22 (44%) responderam um pouco, 21 (42%)

moderadamente e apenas 1 (2%) respondeu estar bastante animado antes de frequentar o CSL. Em contrapartida, depois de frequentarem a instituição, não houve nenhuma resposta para nem um pouco e um pouco, enquanto 44 (88%) responderam estar muito animados e apenas 6 (12%) se manifestaram estar moderadamente animados.

Tabela nº 32: Alegre: como se sentia antes e depois de frequentar o CSL

Antes	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Nem um pouco	5	10,0	10,0	10,0
Um pouco	19	38,0	38,0	48,0
Moderadamente	24	48,0	48,0	96,0
Bastante	2	4,0	4,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	
Depois	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Moderadamente	7	14,0	14,0	14,0
Bastante	43	86,0	86,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

O que se passa em relação ao indicador Alegre (Tabela nº 33) é semelhante ao que se passa com os indicadores anteriores, onde se mostra uma mudança bem acentuada depois dos utentes frequentarem o CSL. Com efeito, vemos a situação de Bastante passar de 2 (4%) de antes, para 43 (86%) de depois, enquanto as respostas Nem um pouco e Um pouco (juntas somadas são 24) o que representa quase metade (48%) para a situação de antes de frequentarem a Instituição, desaparecem com a frequência do Centro.

Tabela nº 33: Ativo: como se sentia antes e depois de frequentar o CSL

Antes	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Nem um pouco	3	6,0	6,0	6,0
Um pouco	25	50,0	50,0	56,0
Moderadamente	17	34,0	34,0	90,0
Bastante	5	10,0	10,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	
Depois	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Um pouco	1	2,0	2,0	2,0
Moderadamente	8	16,0	16,0	18,0
Bastante	41	82,0	82,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Ao compararmos na tabela nº 34 a situação de antes para depois de frequentarem o CSL, Nem um pouco passou de 3 para 0 respostas, Um pouco passou de 25 (50%) para 1 resposta (2%), Moderadamente de 17 (34%) para 8 (%) respostas, enquanto o parâmetro Bastante passou de 5 (10%) para 41 (82%) respostas, o que realça positivamente o papel do CSL no que diz respeito ao Bem-estar dos utentes.

Tabela nº 34: Satisfeito: como se sentia antes e depois de frequentar o CSL

Antes	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Nem um pouco	2	4,0	4,0	4,0
Um pouco	23	46,0	46,0	50,0
Moderadamente	22	44,0	44,0	94,0
Bastante	3	6,0	6,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	
Depois	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Um pouco	1	2,0	2,0	2,0
Moderadamente	8	16,0	16,0	18,0
Bastante	41	82,0	82,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Para o item Satisfeito (Tabela nº 34), encontramos também mudanças muito significativas no que diz respeito ao Bem-estar dos idosos, comparando a situação de antes com a de depois de frequentarem o CSL. Os resultados são os seguintes: Nem um pouco (2 = 4%), Um pouco (23 = 46%) e Moderadamente (22 = 44%), as respostas somadas são 47 (94%), enquanto as respostas para Bastante passam de 3 (6%) para 41 (82%).

A Tabela nº 35 revela-nos as seguintes respostas que apresentamos de forma comparativa: O grau Bastante entusiasmado tem apenas uma resposta para a situação de Antes, enquanto que a situação Depois (de frequentar o Centro) acolhe 35 (70%) respostas. Já as respostas de Nem um pouco (2 = 4%) e Um pouco (28 = 56%) expressas na situação de Antes, desaparecem na situação de Depois. Em contrapartida o grau de Bastante entusiasmado passa de 1 para 35 (70%) de respostas.

Tabela nº 35: Entusiasmado: como se sentia antes e depois de frequentar o CSL

Antes	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Nem um pouco	2	4,0	4,0	4,0
Um pouco	28	56,0	56,0	60,0
Moderadamente	19	38,0	38,0	98,0
Bastante	1	2,0	2,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	
Depois	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Moderadamente	15	30,0	30,0	30,0
Bastante	35	70,0	70,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Na Tabela nº 36 é comparado o grau de tranquilidade Antes e Depois dos idosos frequentarem o CSL. As mudanças mais significativas situam-se nas respostas relativas a Um pouco que passam de 32 (64%) Antes, para 3 (6%) depois, enquanto o grau Moderadamente colhe 15 (30%) respostas na situação Antes, e na situação Depois colhe 25 (50%) respostas. Quanto à situação de Bastante tranquilo, existe uma subida significativa, passando de 2 (4%) respostas para 22 (44%).

Tabela nº 36: Tranquilo: como se sentia antes e depois de frequentar o CSL

Antes	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Nem um pouco	1	2,0	2,0	2,0
Um pouco	32	64,0	64,0	66,0
Moderadamente	15	30,0	30,0	96,0
Bastante	2	4,0	4,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	
Depois	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Um pouco	3	6,0	6,0	6,0
Moderadamente	25	50,0	50,0	56,0
Bastante	22	44,0	44,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Quanto ao grau de Impaciência (Tabela nº 37) sentido pelos utentes Antes e Depois de frequentarem o Centro, 28 (56%) confessaram ser Moderadamente Impacientes Antes, 14 (28%) sentiam-se Bastante Impacientes, e a situação muda bastante para Depois de frequentarem o CSL, com 24 (48%) respostas para Nem um pouco e 20 (40%) para Moderadamente, enquanto não há nenhuma resposta para Bastante Impaciente.

Tabela nº 37: Impaciente: como se sentia antes e depois de frequentar o CSL

Antes	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Nem um pouco	2	4,0	4,0	4,0
Um pouco	6	12,0	12,0	16,0
Moderadamente	28	56,0	56,0	72,0
Bastante	14	28,0	28,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	
Depois	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Nem um pouco	24	48,0	48,0	48,0
Um pouco	20	40,0	40,0	88,0
Moderadamente	6	12,0	12,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

A Tabela nº 38 mostra as respostas para Desanimado: 32 (64%) utentes responderam sentir-se Moderadamente Desanimados e 11 (22%) Bastante para a situação de Antes, enquanto para a situação de Depois, 32 (64%) utentes responderam Nem um pouco, 14 (28%) responderam Um pouco e não há nenhuma resposta para Bastante.

Tabela nº 38: Desanimado: como se sentia antes e depois de frequentar o CSL

Antes	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Nem um pouco	1	2,0	2,0	2,0
Um pouco	6	12,0	12,0	14,0
Moderadamente	32	64,0	64,0	78,0
Bastante	11	22,0	22,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	
Depois	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Nem um pouco	32	64,0	64,0	64,0
Um pouco	14	28,0	28,0	92,0
Moderadamente	4	8,0	8,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Quanto ao item Aborrecido, como consta na tabela nº 39, 25 (50%) utentes revelaram sentir-se Moderadamente Aborrecidos e 15 (30%) revelaram estar bastante Aborrecidos para a situação Antes de frequentar o CSL. Depois de frequentar o Centro, a situação melhorou significativamente: metade do inquiridos (25-50%) respondeu Nem um pouco e 20 (40%) revelaram sentir-se Um pouco Aborrecido, enquanto que não há nenhuma respostas para Bastante Aborrecido.

Tabela nº 39: Aborrecido: como se sentia antes e depois de frequentar o CSL

Antes	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Nem um pouco	1	2,0	2,0	2,0
Um pouco	9	18,0	18,0	20,0
Moderadamente	25	50,0	50,0	70,0
Bastante	15	30,0	30,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	
Depois	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Nem um pouco	25	50,0	50,0	50,0
Um pouco	20	40,0	40,0	90,0
Moderadamente	5	10,0	10,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Quanto ao sentimento Irritado, cujas respostas constam na tabela nº 40, 40 (80%) utentes revelaram estar Moderadamente (28 = 56%) ou Bastante (12 = 24%) Irritados. Em contra partida, depois de frequentarem o CSL, (45 = 90%) utentes revelaram estar Nem pouco Irritados (25) ou apenas Um pouco irritados (20). Não houve Nenhuma resposta para Bastante Irritado.

Tabela nº 40: Irritado: como se sentia antes e depois de frequentar o CSL

Antes	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Nem um pouco	2	4,0	4,0	4,0
Um pouco	8	16,0	16,0	20,0
Moderadamente	28	56,0	56,0	76,0
Bastante	12	24,0	24,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	
Depois	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Nem um pouco	25	50,0	50,0	50,0
Um pouco	20	40,0	40,0	90,0
Moderadamente	5	10,0	10,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Quanto ao sentimento Tristeza, expresso na tabela nº 41, Antes de frequentarem o CSL, 31 (62%) utentes revelaram estar Moderadamente Tristes e 8 (16%) revelaram estar Bastante Tristes. A situação alternou-se bastante depois de frequentarem a instituição, uma vez que, 38 (76%) revelaram estar Nem um pouco Tristes e 9 (18%) revelaram sentir-se Um pouco Tristes e Moderadamente apenas com 3 (6%), Bastante Tristes não houve nenhum.

Tabela nº 41: Triste: como se sentia antes e depois de frequentar o CSL

Antes	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Nem um pouco	2	4,0	4,0	4,0
Um pouco	9	18,0	18,0	22,0
Moderadamente	31	62,0	62,0	84,0
Bastante	8	16,0	16,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	
Depois	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Nem um pouco	38	76,0	76,0	76,0
Um pouco	9	18,0	18,0	94,0
Moderadamente	3	6,0	6,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

No que diz respeito ao sentimento Angústia (tabela nº 42), apenas 3 (6%) revelaram estar nem um pouco Angustiados Antes de frequentar o CSL, resposta que passa para 30 (60%) depois de frequentarem a mesma instituição. Moderadamente passa de 30 (60%) para 2 (4%) e Bastante passa de 10 (20%) para 0, comparando o Antes e o Depois de frequenta o CSL.

Tabela nº 42: Angustiado: como se sentia antes e depois de frequentar o CSL

Antes	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Nem um pouco	3	6,0	6,0	6,0
Um pouco	7	14,0	14,0	20,0
Moderadamente	30	60,0	60,0	80,0
Bastante	10	20,0	20,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	
Depois	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Nem um pouco	30	60,0	60,0	60,0
Um pouco	18	36,0	36,0	96,0
Moderadamente	2	4,0	4,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

A mudança significativa que ocorreu nas respostas relativas à Angústia, repete-se de forma igualmente significativa no que diz respeito a Depressão, conforme consta na tabela nº 43. Antes de frequentarem o Centro, apenas 4 (8%) utentes não se sentiam nada Deprimido, número que passa para 40 (80%) Depois dos utentes frequentarem a instituição. Não há nenhuma resposta para Bastante Deprimido Depois da frequência do CSL.

Tabela nº 43: Deprimido: como se sentia antes e depois de frequentar o CSL

Antes	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Nem um pouco	4	8,0	8,0	8,0
Um pouco	14	28,0	28,0	36,0
Moderadamente	26	52,0	52,0	88,0
Bastante	6	12,0	12,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	
Depois	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Nem um pouco	40	80,0	80,0	80,0
Um pouco	8	16,0	16,0	96,0
Moderadamente	2	4,0	4,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Quisemos saber também se houve ou não alterações na saúde Depois dos utentes frequentarem o CSL (Tabela nº 44). Por isso perguntamos quantos deles tomavam medicação e obtivemos 46 (92%) respostas afirmativas e 4 (8%) negativas

Tabela nº 44: Utilização de medicamentos antes de frequentar o CSL

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Sim	46	92,0	92,0	92,0
Não	4	8,0	8,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Depois quisemos também saber para que efeitos era a medicação tomada (Tabela nº 45), questão que teve 22 (44%) respostas para problemas físicos, 11 (22%) respostas para problemas psicológicos e 13 (26%) para problemas físicos e psicológicos.

Tabela nº 45: Quais os problemas para a utilização da medicação

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Físicos	22	44,0	44,0	44,0
Psicológicos	11	22,0	22,0	66,0
Físicos e Psicológicos	13	26,0	26,0	92,0
Não se aplica	4	8,0	8,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Na sequência dessas questões quisemos saber a prática da toma da medicação Depois dos idosos frequentarem o CSL. No que diz respeito aos problemas físicos (Tabela nº 46), 34 (68%) dos utentes mantiveram a medicação, 3 reduziram a medicação e apenas 1 deixou a medicação.

Tabela nº 46: Utilização de medicação para problemas físicos

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Mantém a medicação	34	68,0	68,0	68,0
Reduziu a medicação	3	6,0	6,0	74,0
Deixou a medicação	1	2,0	2,0	76,0
N/A	12	24,0	24,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Quanto à toma da medicação para problemas psicológicos (Tabela nº 47), obtivemos os seguintes resultados: 13 (26%) utentes mantêm a medicação; 9 (18%) reduziram a medicação; e 2 deixaram a medicação. Vemos assim que a toma da medicação neste caso é menos significativa do que a toma para problemas físicos.

Tabela nº 47: Utilização de medicação para problemas psicológicos

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Mantém a medicação	13	26,0	26,0	26,0
Reduziu a medicação	9	18,0	18,0	44,0
Deixou a medicação	2	4,0	4,0	48,0
N/A	26	52,0	52,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Depois de sabermos a tendência da toma nas tabelas anteriores, quisemos saber as melhorias ao nível da saúde física e da saúde psicológica. As melhorias são assim traduzidas ao nível físico (Tabela nº 48): 9 (18%) utentes afirmaram ter melhorado Bastante, 4 (8%) razoavelmente e 37 (74%) apenas Um pouco.

Tabela nº 48: Melhoria da saúde física desde que frequenta o CSL

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Um pouco	37	74,0	74,0	74,0
Razoavelmente	4	8,0	8,0	82,0
Bastante	9	18,0	18,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Quanto a saúde psicológica (Tabela nº 49), a melhoria é bastante significativa desde que os utentes frequentam o CSL. Com efeito, 27 (54%) utentes revelaram ter melhorado Bastante, 18 (36%) Razoavelmente e 5 (10%) Um pouco. Como vemos, todos os utentes afirmaram ter melhorado.

Tabela nº 49: Melhoria da saúde psicológica desde que frequenta o CSL

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Um pouco	5	10,0	10,0	10,0
Razoavelmente	18	36,0	36,0	46,0
Bastante	27	54,0	54,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Em seguida, quisemos saber se o a frequência do CSL proporcionou melhorias n -estar geral dos utentes (Tabela nº 50): Todos os utentes acusaram melhoria; 24 (48%) afirmaram Bastante, 25 (50%) afirmaram Razoavelmente e apenas 1 afirmou ter melhorado Um pouco o seu Bem-estar.

Tabela nº 50: Bem-Estar dos utentes proporcionado pelo CSL

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Um pouco	1	2,0	2,0	2,0
Razoavelmente	25	50,0	50,0	52,0
Bastante	24	48,0	48,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Numa análise global das respostas traduzidas nas tabelas precedentes, podemos verificar com bastante clareza que o contributo do CSL para o Bem-estar dos seus utentes é bastante significativo. Entre outras questões que colocámos, damos importância particular àquelas que dizem diretamente respeito ao contributo do CSL para o Bem-estar dos idosos e dentre estas destacamos as que se referem aos afetos positivos (Bem, Animado, Alegre, Ativo, Satisfeito, Entusiasmado e Tranquilo) e aos afetos negativos (Impaciente, Desanimado, Aborrecido, Irritado, Triste, Angustiado e Deprimido).

Um breve olhar sobre os afetos positivos e apenas referindo o grau Bastante da Escala que elaborámos (Nem um pouco; Um pouco, Moderadamente, Bastante), verificamos profundas alterações, comparando o antes e o depois, conforme se pode ver no quadro seguinte. Com efeito para 5 dos 7 afetos positivos o grau Bastante ultrapassa os 82% depois da frequência do CSL, enquanto as respostas neste grau, para antes da frequência do CSL, se situaram igual e abaixo dos 5%. O afeto positivo Bem é o que denota um aumento maior, passando o Bastante de 4% para 90%.

Quadro nº 4. Afetos positivos antes e depois da frequência do CSL

Afetos Positivos	Grau: Bastante	
	Antes de Frequentar o CSL	Depois de Frequentar o CSL
Bem	2 = 4%	45 = 90%
Animado	1 = 2%	44 = 88%
Alegre	2 = 4%	43 = 86%
Ativo	5 = 10%	41 = 82%
Satisfeito	3 = 6%	41 = 82%
Entusiasmado	1 = 2%	35 = 70%
Tranquilo	2 = 4%	22 = 44%

No que diz respeito aos afetos negativos os dados são igualmente expressivos, dado que não existem no que se refere ao grau Bastante (não existe nenhum afeto Bastante negativo). Assim não existe nenhum utente Bastante Impaciente, Bastante Desanimado, ..., Bastante Angustiado ou Bastante Deprimido, quando o contrário se passava antes dos idosos frequentarem o CSL.

Quadro nº 5. Afetos negativos antes e depois da frequência do CSL

Afetos Negativos	Grau: Bastante	
	Antes de Frequentar o CSL	Depois de Frequentar o CSL
Impaciente	14	0
Desanimado	11	0
Aborrecido	15	0
Irritado	12	0
Triste	8	0
Angustiado	10	0
Deprimido	6	0

No que diz respeito à saúde física, todos os idosos inquiridos manifestaram sentir, em graus diferentes, melhorias desde que frequentam o CSL, o mesmo acontecendo relativamente à saúde psicológica, embora neste caso as melhoras sejam mais expressivas, dado que 27 utentes responderam Bastante em relação a estas.

Tal como dissemos anteriormente, é inegável o “Contributo do Centro de Dia (CSL) para o Bem-estar dos Idosos”, o que responde positivamente à nossa questão de partida. Com efeito, esta questão, tal como dissemos no início, consiste em saber “em que medida o Centro Social do Lidador contribui para o Bem-Estar Subjetivo dos idosos?”

Nesse sentido, justifica-se o projeto que consta na III Parte, dado que se propõe a realização de atividades complementares e que correspondem a expectativas enunciadas nas respostas dos utentes: atividades de Cante e de outros tipos musicais e contactos intergeracionais.

Parte III - Projeto de Intervenção

A proposta de projeto de intervenção deve ter em conta todo o trabalho realizado, desde a pesquisa bibliográfica, de que consta o Enquadramento Teórico, até à Análise e Discussão dos Resultados obtidos através dos questionários. Dado que o nosso Objetivo Principal consiste em saber qual o papel de um Centro de Dia no Bem-estar dos idosos, colocámos em questão qual o projeto a realizar que trouxesse um valor acrescentado ao Centro Social do Lidador e que correspondesse aos anseios dos seus utentes. As respostas não nos deixaram grandes opções, dado que, convém sublinhar, a maioria dos utentes, com 31 respostas, disse estar satisfeita com as atividades desenvolvidas pela Instituição, havendo 19 respostas que fizeram propostas. Destas, destacam-se ligeiramente o item “Mais atividades de Cante” com 7 respostas e “Contactos com os jovens” com 4 respostas. As outras atividades tiveram respostas ainda menos expressivas. Por isso, considerámos que o mais adequado seria optar por um projeto que se baseasse nas atividades relacionadas com o cante e com os jovens. Foi assim que nos surgiu a ideia em torno da seguinte designação: “Encontros Intergeracionais com a Música”. Com efeito, este projeto pretende conjugar o Cante com outros géneros

musicais, cujos desempenhos performativos devem ser levados a cabo por jovens músicos, alternando os dois géneros musicais.

De acordo com Serrano (2008:25), um projeto de intervenção desenvolve-se em várias etapas a saber:

1. Fundamentação teórica
2. Diagnóstico
3. Planeamento
4. Execução/aplicação
5. Avaliação

1. A propósito da fundamentação teórica, Serrano diz-nos que “qualquer projeto, para ser aplicado, tem de ser operativo, mas também deve ser apoiado por um quadro de referência teórico, em pressupostos ou princípios aceites como axiomáticos que constituem os postulados sobre os quais assenta a nossa ação” (2008:34). Foi o que fizemos na I Parte deste trabalho.

2. Quanto à segunda etapa, Serrano diz que “o diagnóstico da realidade é uma fase de vital importância para a elaboração de projetos. Permite localizar os principais problemas, dá a conhecer as suas causas de fundo e oferece vias de ação para a sua resolução gradual. O objetivo do diagnóstico é o conhecimento da realidade. Constitui uma das ferramentas teórico-metodológicas mais importante para nos aproximarmos do conhecimento da realidade objeto de estudo” (2008:29). Foi o que fizemos na Parte II desta tese, em particular no ponto Análise e Discussão dos Resultados.

3. No que diz respeito à Planificação Serrano (ibidem:37) dá-nos algumas definições: Kaufman (1980): “a planificação trata unicamente de determinar o que se deve fazer, para posteriormente se poderem tomar decisões práticas para a sua implementação”; Ander-Egg (1989): a planificação consiste em introduzir organização e racionalidade na ação”. Serrano resume em seguida (ibidem: 38) que “planear é traçar os planos para a execução de uma obra. Fazer um plano ou projeto de uma ação. (...) A planificação consiste, pois, em procurar antecipar, prever, predizer e tentar vislumbrar o que se vai desenrolar e aplicar no futuro”. É o que consta na Parte III do nosso trabalho.

4. O mesmo autor (ibidem:77) refere que a “execução implica pôr em prática o projeto e ter em conta o seu desenvolvimento, acompanhamento e controlo”. É nesta fase que se mobiliza tudo o que foi planificado.

5. Segundo Serrano (ibidem: 81) “a avaliação permite-nos reconhecer os erros e os sucessos da nossa prática, a fim de corrigir aqueles no futuro. Este autor cita Espinoza: “avaliar é comparar num determinado instante o que foi alcançado mediante uma ação e o que se deveria ter alcançado de acordo com uma prévia programação” (ibidem:83).

Com efeito, com a avaliação pretende-se verificar aquilo que contribuiu para a persecução dos objetivos, para aquilo que ocorreu de forma positiva, mas também para aquilo que não foi atingido ou que correu de forma inadequada. Enfim, a avaliação tem como objetivo final corrigir e ajustar o projeto de intervenção para atingir os objetivos propostos e para dar resposta à questão de partida.

Pensamos que a avaliação adequada para este projeto deve combinar dois modelos, um de tipo quantitativo e outro de tipo qualitativo: 1. “Avaliação por Objetivos” (modelo quantitativo), utilizando o inquérito por questionário, onde constam questões que se orientam para saber em que medida os objetivos propostos foram atingidos; 2. “Avaliação Democrática”, que viabiliza a participação dos idosos no processo, através do livro de opiniões, o que nos permite recolher informação qualitativa, mais aberta e mais ampla, dado que os idosos se podem expressar livremente.

1. Planificação e Descrição das Atividades

De seguida apresentamos a planificação e descrição das atividades que propomos para o projeto de intervenção, delineando cada atividade e respectiva descrição, explicitando os objetivos específicos pela qual cada uma se orienta, bem como os recursos humanos e materiais que são necessários para a sua realização e ainda os recursos financeiros a utilizar. No quadro onde vêm a planificação e a descrição das atividades, são indicados, na coluna de observações, alguns recursos humanos que podem ser mobilizados ao nível do voluntariado, mas que não são indispensáveis para levar a bom termo o projeto, dado que consideramos que os recursos humanos do Centro são suficientes para a realização do projeto.

Quadro nº6: Planificação e Descrição das Atividades

Atividade	Descrição das Atividades	Calendário	Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Recursos Humanos	Recursos Materiais	Orçamento	Observações
Performance com um grupo de Cante masculino	<ul style="list-style-type: none"> - Atuação do grupo - Conversa sobre o Cante (o que é o Cante; - História do grupo; - Memórias da Aldeia; - Histórias de vida dos idosos. 	11/10/2014 15:30	- Reforçar o bem-estar subjetivo dos utentes do CSL.	<ul style="list-style-type: none"> - Lembrar a identidade cultural da região; - Valorizar as histórias de vida dos utentes; - Reforçar a autoestima dos idosos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Funcionários do CSL; - Um Psicogerontólogo - Grupo de cantadores; - Voluntários – Ver Observações. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sala de trabalho; - Salão de espetáculos; - Aparelho de som; - Publicidade; - Autocarro; - Lanche. 	<ul style="list-style-type: none"> - Com apoios de: Cafés e restaurantes; - Som da CMB; - Autocarro da CMB; - Cartazes – pedir apoio ao IPBEJA; - Divulgação: Rádio Voz da Planície; Rádio Pax; Diário do Alentejo; Alentejo Popular. 	<ul style="list-style-type: none"> - Convidar para a organização e secretariado; - Mestrands de Psicogerontologia Comunitária; - Alunos de Serviço Social da ESE e da Escola Profissional Bento Jesus Caraça.
-Performance com um músico de MPP urbana Paulo Ribeiro	<ul style="list-style-type: none"> - Música urbana - Música de autor - Memórias do músico 	15/11/2014 15:30	- Reforçar o bem-estar subjetivo dos utentes do CSL	<ul style="list-style-type: none"> - Apreciar a música urbana Portuguesa; - Fomentar os contatos intergeracionais; - Valorizar a vida dos jovens. 	<ul style="list-style-type: none"> - Funcionários do CSL; - Um Psicogerontólogo; - Músico; - Voluntários – Ver Observações. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sala de trabalho; - Salão de espetáculos; - Aparelho de som; - Publicidade; - Autocarro; - Lanche. 	<ul style="list-style-type: none"> -Com apoios de: Cafés e restaurantes; - Som da CMB; - Cartazes – pedir apoio ao IPBEJA; - Divulgação: -- 	<ul style="list-style-type: none"> - Convidar para a organização e secretariado; - Mestrands de Psicogerontologia Comunitária; - Alunos de

									-Rádio Voz da Planície; Rádio Pax; -- -Diário do Alentejo; - Alentejo Popular	Serviço Social da ESE e da -- -Escola Profissional Bento Jesus Caraça
- Performance com um grupo de Cante feminino		20/12/2014 15:30	- Atuação do grupo (cânticos de Natal) - Conversa sobre o Cante (o que é o Cante; - História do grupo; - Memórias da Aldeia; - Histórias de vida dos idosos	- Reforçar o bem-estar subjetivo dos utentes do CSL	- Lembrar a identidade cultural da região; - Valorizar as histórias de vida dos utentes; - Reforçar a autoestima dos idosos	- Funcionários do CSL; - Um Psicogerontólogo - Grupo de cantadoras; - Voluntários – Ver Observações	- Sala de trabalho; - Salão de espetáculos; - Aparelho de som; - Publicidade; - Autocarro; - Lanche.	Com apoios de: - Cafés e restaurantes; - Som da CMB; - Cartazes – pedir apoio ao IPBEJA; - Divulgação: Rádio Voz da Planície; Rádio Pax; - Diário do Alentejo; - Alentejo Popular	Convidar para a organização e secretariado: - Mestrados de Psicogerontologia Comunitária; - Alunos de Serviço Social da ESE e da Escola Profissional Bento Jesus Caraça.	
- Performance do Grupo de Cante com Cantares das Janeiras.		03/01/2015 15:30	- O Grupo Canta as Janeiras e outros Cantares Religiosos.	-- Reforçar o bem-estar subjetivo dos utentes do CSL	- Reconhecer a identidade religiosa do Povo	- Funcionários do CSL; - Um Psicogerontólogo - Grupo de cantadoras; - Voluntários – Ver Observações.	- Sala de trabalho; - Salão de espetáculos; - Aparelho de som; - Publicidade; - Autocarro;	Com apoios de: - Cafés e restaurantes; - Som da CMB; - Cartazes – pedir apoio ao IPBEJA;	Convidar para a organização e secretariado: - Mestrados de Psicogerontologia Comunitária; - Alunos de	

							- Lanche	Divulgação: - Rádio Voz da Planície; - Rádio Pax; - Diário do Alentejo; - Alentejo Popular	Serviço Social da ESE e da Escola Profissional Bento Jesus Caraça.
- Performance com grupo de Cante infantil (há vários)	- As crianças atuam e depois convivem com os idosos.	07/02/2015 15:30	- Reforçar o bem-estar subjetivo dos utentes do CSL	- Reforçar o contacto intergeracional com as crianças.	- Funcionários do CSL - Um Psicogerontologo - Grupo de cantadoras; - Voluntários – Ver Observações	- Sala de trabalho; - Salão de espetáculos; - Aparelho de som; - Publicidade; - Autocarro; - Lanche	Com apoios de: - Cafés e restaurantes; - Som da CMB; - Cartazes – pedir apoio ao IPBEJA; Divulgação: - Rádio Voz da Planície; - Rádio Pax; - Diário do Alentejo; - Alentejo Popular	Convidar para a organização e secretariado: - Mestrandos de Psicogerontologia Comunitária; - Alunos de Serviço Social da ESE e da Escola Profissional Bento Jesus Caraça	
-Performance com um músico – de intervenção Fernando Pardal.	- Cante de intervenção - Memórias do músico	07/03/2015 15:30	- Reforçar o bem-estar subjetivo dos utentes do CSL	- Compreender a importância e o papel da música de intervenção; - Fomentar os contatos intergeracionais;	- Funcionários do CSL; -Um Psicogerontologo - Músico; - Voluntários – Ver	- Sala de trabalho; - Salão de espetáculos; - Aparelho de som; - Publicidade;	Com apoios de: - Cafés e restaurantes; - Som da CMB; - Autocarro da CMB;	Convidar para a organização e secretariado: - Mestrandos de Psicogerontologia Comunitária;	

				- Valorizar a vida dos jovens.	Observações.	- Autocarro; - Lanche.	- Cartazes – pedir apoio ao IPBEJA; Divulgação: Rádio Voz da Planície; Rádio Pax; Diário do Alentejo; Alentejo Popular.	- Alunos de Serviço Social da ESE e da Escola Profissional Bento Jesus Caraça.
-Performance com um grupo de Cante masculino		04/04/2015 15:30	- Atuação do grupo: - Conversa sobre o Cante; História do grupo; Memórias da Aldeia; - Histórias de vida dos idosos.	- Reforçar o bem-estar subjetivo dos utentes do CSL	- Lembrar a identidade cultural da região; - Valorizar as histórias de vida dos utentes; - Reforçar a autoestima dos idosos	- Sala de trabalho; - Salão de espetáculos; - Aparelho de som; - Publicidade; - Autocarro; - Lanche.	Com apoios de: - Cafés e restaurantes; - Som da CMB; - Autocarro da CMB; - Cartazes – pedir apoio ao IPBEJA; Divulgação: Rádio Voz da Planície; Rádio Pax; Diário do Alentejo; Alentejo Popular	Convidar para a organização e secretariado: - Mestrados de Psicogerontologia Comunitária; - Alunos de Serviço Social da ESE e da Escola Profissional Bento Jesus Caraça.
-Performance com um		2/05/2015	- A viola campaniça;	- Reforçar o bem-estar subjetivo dos	- Vivenciar outras formas musicais	- Sala de trabalho;	Com apoios de:	Convidar para a organização

músico de viola campaniça Pedro Mestre –	- Memórias do músico.	15:30	utentes do CSL	tradicionais; - Fomentar os contatos intergeracionais; - Valorizar a vida dos jovens.	- Um Psicogerontólogo; - Músico; - Palestrante sobre o Cante; - Voluntários – Ver Observações.	- Salão de espetáculos; - Aparelho de som; - Publicidade; - Autocarro; - Lanche.	- Cafés e restaurantes; - Som da CMB; - Cartazes – pedir apoio ao IPBEJA; Divulgação: - Rádio Voz da Planície; - Rádio Pax; - Diário do Alentejo; - Alentejo Popular	e secretariado: - Mestrados de Psicogerontologia Comunitária; - Alunos de Serviço Social da ESE e da Escola Profissional Bento Jesus Caração.
--	-----------------------	-------	----------------	---	---	--	---	---

2. Cronograma

O cronograma que delineamos a seguir aponta para o calendário que sugerimos para a realização do projeto. Os contatos realizados até ao presente permitem-nos pensar que um tal calendário de atividades e de tarefas é possível realizar.

	Setembro 2014	Outubro 2014	Novembro 2014	Dezembro 2014	Janeiro - 2015	Fevereiro 2015	Março - 2015	Abril - 2015	Maio - 2015	Junho - 2015
Contatos e Convites										
Execução e Avaliações Parcelares										
Avaliação Global										
Relatório										

3. Viabilidade do Projeto

Um dos problemas com que se debatem as instituições consiste nas limitações de natureza orçamental e em recursos humanos. Este projeto parece-nos francamente viável dado que a mobilização de recursos financeiros é baixa, traduzindo-se sobretudo em gastos com a publicidade que são pouco significativos e num pequeno bebede servido aos cantadores e artistas. As deslocações com os grupos corais podem ser feitas com os autocarros da Câmara Municipal. Os recursos humanos de que dispõe o Centro Social do Lidador parecem-nos suficientes, podendo ainda recorrer-se ao voluntariado, conforme consta na “Planificação e Descrição das Atividades”

Conclusão

Qualquer trabalho de investigação deve conter reflexões sobre o percurso realizado e o balanço que se faz dele, orientando assim as linhas mais importantes da conclusão.

Com o enquadramento teórico foi-nos possível aprofundar a problemática da velhice e do envelhecimento, nos seus múltiplos aspectos. Realçámos a questão do crescimento acelerado da velhice que caracteriza as sociedades ditas ocidentais contemporâneas, onde a população se encontra estacionária, e que caracteriza também cada vez mais as sociedades emergentes, os BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China, África do Sul). Com este estudo aprendemos igualmente que o significado da velhice tem um peso cultural, uma vez que varia de sociedade para sociedade. Com efeito, existem sociedades onde o velho é respeitado e por vezes venerado, e existem outras, marcadas pelo economicismo, onde o velho é despojado de valor, é mal visto e pouco respeitado, por ser considerado um peso para a sociedade.

Aprendemos também a complexidade da velhice no que diz respeito às suas etapas, dimensões e formas. Para coroar a abordagem teórica, abordámos a questão do Bem-estar Subjetivo, aspecto fundamental para a ancoragem do projeto que coroa o fim desta tese.

O nosso trabalho não teria sentido, sem fazermos uma pesquisa empírica para dar resposta à nossa pergunta de partida (Em que medida o Centro Social do Lidador contribui para o Bem-estar Subjetivo dos idosos que o frequentam?) e aos nossos

objetivos que consistem em a) aprofundar o conhecimento sobre o fenómeno do envelhecimento, particularmente no que diz respeito a etapas, dimensões, formas, Bem-estar Subjetivo e centros de dia; b) compreender o contributo do Centro Social do Lidador para o Bem-Estar Subjetivo dos Idosos que o frequentam; c) -Desenvolver um projeto de intervenção que permita a promoção do bem-estar subjetivo dos idosos do Centro Social do Lidador.

A nossa pesquisa empírica consistiu em inquirir uma amostra composta por cinquenta idosos, através de um questionário cujas perguntas se orientaram sobretudo para o papel e a medida do contributo do Centro Social do Lidador para o Bem-estar dos seus idosos. As respostas foram bastante reveladoras e, de certa forma, inequivocamente conclusivas. Verificámos uma melhoria substancial da saúde física e sobretudo psicológica dos utentes, particularmente daqueles que mais frequentam a instituição. As questões mais pertinentes que colocámos tinham a ver com as mudanças dos afetos positivos e dos afetos negativos, antes e depois dos gerentes frequentarem o Centro, tendo sido verificadas mudanças profundas. Os aspectos positivos melhoraram substancialmente, bem como se esbateram os aspectos negativos. Assim, as respostas permitiram confirmar a nossa questão de partida. Tais respostas servem para concluir que os Centros de Dia, enquanto dimensão do apoio social, são fundamentais para prestar um serviço que deveria ser incontornável ao nível das prioridades das políticas públicas.

Foi devido a esta constatação e esta conclusão, e partindo do programa de mestrado, que propusemos um projeto cujo objetivo consiste em realizar atividades no Centro Social do Lidador de forma a reforçar o Bem-estar Subjetivo dos idosos que o frequentam. Este projeto realiza-se em torno do Cante e das relações intergeracionais, fundamentando-se nas aspirações que os idosos formularam através das respostas ao questionário.

Para finalizar, não é demais sublinhar que os Centros de Dia desempenham um papel importante ao nível social e psicológico, dado que podem ser uma compensação para a desocupação dos tempos livres gerada pela aposentação. Assim, essas instituições permitem e incentivam a criação de uma rede social de suporte ao idoso, que pode compensar as redes que se perdem com a modificação do estatuto do idoso, que são fundamentais para que se compensem as perdas que vão surgindo com o decorrer da idade

Bibliografia / Webgrafia

- Almeida, M. (2007). Envelhecimento: Ativo? Bem sucedido? Saudável? Possíveis Coordenadas de Análise. Consultado em 12/01/2014.
<http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/pa/julho10b.pdf>
- Ariès, P. (1981). *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: LTC.
- Banza, M. (2012). *Projecto de Intervenção Comunitária, Envelhecimento Activo – Amadurecer com Saúde*. Beja: Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde. Tese de Mestrado. Consultado em 5/1/2014.
<http://comum.rcaap.pt/handle/123456789/3968>
- Barbosa, B. (sd). _Qualidade de Vida na Terceira Idade: um estudo de caso com os beneficiários do Programa “Leite da Paraíba” na cidade de Campina Grande – PB. Consultado em 22/7/2013.
http://www.aedb.br/seget/artigos08/377_qv%20SEGET.pdf
- Barreto, J. (sd). Envelhecimento e Qualidade de Vida: o desafio actual.
<http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3733.pdf>. Consultado em 2/4/2014.
- Beja Digital (2007). <http://www.bejadigital.pt/NoticiaDisplay.aspx?ID=738>
- Botelho, M. (2011). *Idoso que Cuida Idosa*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Consultado em 15/10/2013.
http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/7237/2/Dissertao%20%20Mnica%20Botelho.pdf?origin=publication_detail
- Câmara Municipal de Beja (2007). Regulamento do Centro Social do Lيدador. Consultado em 14/3/2014.

- http://www.cm-beja.pt/docs/PDFs/GDS/Regulamento_Centro_Social_Lidador.pdf
- Câmara Municipal de Beja (2011). Centro Social do Lidador. Consultado em 14/3/2014.
<http://www.cm-beja.pt/viewcidade.do2?numero=1948>
- Cancela, D. (2007). O Processo de Envelhecimento. Consultado em 23/7/2013.
<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>. Consultado em 17/11/2013.
- Carneiro, R. (Org.) (2012). *O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade*. Lisboa: Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa - Universidade Católica Portuguesa. Consultado em 3/10/20013.
http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_populacao.pdf
- Cerqueira, M. (2010). *Imagens do Envelhecimento e da Velhice. Um Estudo na População Portuguesa*. Consultado em 4/10/20013.
http://ria.ua.pt/bitstream/10773/6477/1/tese_margarida.cerqueira_out2010.pdf
- Correia, C. (2009). O Apoio Social e a Qualidade de Vida dos idosos do Conselho de Faro. Consultado em 8/4/2014
<https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/564>. Consultado.
- Duarte, L. (1999). Idade Cronológica: Mera Questão Referencial no Processo de Envelhecimento. Consultado em 6/2/2014.
<http://www.bing.com/search?q=Idade+Cronol%C3%B3gica%3A+Mera+Quest%C3%A3o+Referencial+no+Processo+de+Envelhecimento&src=IE-TopResult&FORM=IE11TR&conversationid=>
- Fechine, B. & Trompieri, N. (2012). O Processo de Envelhecimento: as Principais Alterações que Acontecem com o Idoso com o Passar dos Anos. Consultado em 16/11/2013.
<http://www.interscienceplace.org/interscienceplace/article/viewFile/382/268>.
- Fernandes, M. (2011). Relação entre Bem-Estar Subjectivo, Saúde Física e Mental do Idoso sob Resposta Social. Consultado em 1/8/2013.
<http://repositorio.ismt.pt:8080/xmlui/handle/123456789/130>.
- Figueiredo, D., Guerra, S. & Sousa, L. (sd). O que É o Envelhecimento. Consultado em 7/10/2013.
http://redesocialazemeis.moa.pt/fotos/Image/217/f8pLH5MCartigo_o_que_e_o_envelhecimento2.pdf

- Fleck, M. (2000). O Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. Consultado em 28/7/2013. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100004&script=sci_abstract&tlng=pt
- Galinha, I & Ribeiro, J. (2005). História e Evolução do Conceito de Bem-Estar Subjectivo. Consultado em 9/4/2014. <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v6n2/v6n2a08.pdf>
- Giacomoni, C & Hutz, C. (2006). Escala de Afecto Positivo e Negativo para Crianças: Estudos de Construção e Validação. Consultado em 17/3/2014. <http://www.redalyc.org/pdf/2823/282321819007.pdf>
- Guedea, M. et al (2006). Relação do Bem-Estar Subjectivo, Estratégias de Enfrentamento e Apoio Social em Idosos. Consultado em 2/8/2013. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010279722006000200017&script=sci_art_ext.
- Guerra, Isabel (2000). *Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Acção*. Cascais: Principia.
- Guimarães, C. (2013). Tomando o Envelhecimento Bem-sucedido como Desenvolvimento Psicológico: Efeito da TOM e da Inteligência. Consultado em 26/2/2014. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/27160>
- Guiomar, V. Compreender o Envelhecimento Bem-Sucedido a Partir do Suporte Social, Qualidade de Vida e Bem-Estar Social dos Indivíduos em Idade Avançada. Consultado em 7/8/2013. <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0261.pdf>
- Hernandez, J. (2007). Impactos da Percepção de Saúde Organizacional no Bem-Estar no Trabalho. Consultado em 17/3/2014). <http://penelope.dr.ufu.br/bitstream/123456789/1574/1/ImpactosPercep%03%a7%03%a3oSa%03%bade.pdf>
- Hill, M. & Hill, A. (2012). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Keong, A. (2010). *A Auto-Percepção do Envelhecimento em Pessoas Idosas*. Consultado em 12/11/2013. http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2793/1/ulfp037514_tm.pdf
- Kluthcovsky, A. & Takayanagui, A. (2007). Qualidade de Vida. Consultado em 10/4/2014.

- <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/artigos/12.pdf>
- INE – Instituto Nacional de Estatística (2003). *Estatísticas Demográficas 2002*. Lisboa: INE
- INE – Instituto Nacional de Estatística (2011). *Estatísticas Demográficas 2010*. Lisboa: INE.
- Leandro, C. (2011). Bem-Estar Subjectivo, auto-estima e Auto percepções no Domínio Físico em Idoso: estudo comparativo entre idosos praticantes e não praticantes de actividade física regular. Consultado em 7/9/2013.
<https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/20007>.
- Leme, L. et al (2002). O Idoso e a família. São Paulo: Atheneu.
- Lemos, D. et al (sd). Velhice. Consultado em 17/11/2013.
<http://www.br/e-psico/subjetivacao/tempo/velhice-texto.html>.
- Lima, A., Silva, H. & Galhardoni, R. (2008). Envelhecimento Bem-sucedido – Trajetórias de um Constructo e Novas Fronteiras. Consultado em 27/1/2014.
<http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/p309.pdf>
- Marconcin, P. (2009). *Bem-Estar Subjectivo e a Prática Desportiva em Idosos Alunos de Universidades Seniores do Porto*. Porto: Universidade do Porto. Consultado em 21/2/2014.
<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/13623/2/2242.pdf>
- Martins, M. (2012). *O Envelhecimento e a Capacidade Funcional dos Idosos*. Consultado 12/7/2013.
https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/3131/1/Disserta%20c3%a7%c3%a3o%20Marisa_V.Final_3.pdf
- Martins, R. (2013). A relevância do Apoio Social da velhice. *Educação, Ciência e Sociedade*, 128. Consultado em 10/9/2013.
<http://www.ipv.pt/millennium/millennium31/9.pdf>
- Meire, C. (1988). Envelhecimento Bem-Sucedido e Participação numa Universidade para a Terceira Idade. Consultado em 23/3/2014.
<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000135482>
- Moser, A. (2008). Qualidade de Vida no Aluno Idoso. Consultado em 24/3/2014.
http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/817_865.pdf
- Moura, C. (2005). A Produção do Envelhecimento Bem Sucedido: Novas Formas de Subjetivação. Consultado em 23/3/2014.
<http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/pa/julho10b.pdf>

- Neri, A. L. (1993). *Qualidade de Vida e Idade Madura*. 5/4/2014.
[http://www.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=t_iv78lH-AMC&oi=fnd&pg=PA7&dq=Neri,+A.L.+\(1993\).+Qualidade+de+Vida+no+Adulto+Maduro:+Interpreta%C3%A7%C3%B5es+Te%C3%B3ricas+e+Evid%C3%A2ncias+de+Pesquisa.&ots=SsMFF9EmpZ&sig=sAw83rAbdlfubEhNjfn3xy26iJY&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](http://www.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=t_iv78lH-AMC&oi=fnd&pg=PA7&dq=Neri,+A.L.+(1993).+Qualidade+de+Vida+no+Adulto+Maduro:+Interpreta%C3%A7%C3%B5es+Te%C3%B3ricas+e+Evid%C3%A2ncias+de+Pesquisa.&ots=SsMFF9EmpZ&sig=sAw83rAbdlfubEhNjfn3xy26iJY&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
- Neri, A. L. (Org.) (2001b). *Maturidade e Velhice*. Campinas: Papirus.
- Oliveira, C. et al (2006). Idosos e Família: Asilo ou Casa. Consultado em 20/9/2013. <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0281.pdf>.
- OMS (2005). *Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde. 22/3/2014.
- Paúl, C. (2005). A Construção de um Modelo de Envelhecimento Humano. In, Paúl, C. & Fonseca, A. (Eds), *Envelhecer em Portugal* (pp. 21-41). Lisboa: Climepsi.
- Pereira, T. (2005). *Histórias de Vida de Mulheres Idosas - Um Estudo sobre o Bem-Estar Subjetivo na Velhice*. Consultado em 14/2/2014.
<http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/1/8701/1/ThelmaMFRAP.pdf>
- Prado, S. O Curso de Vida, o Envelhecimento Humano e o Futuro. Consultado em 14/11/2013.
<http://portaldoenvelhecimento.org.br/acervo/artieop/Geral/artigo50.htm>.
- Quivy, R. ; Campenhoudt, L. & Van, A. (sd). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Radcliffe-Brown, A. & Forde, D. (1982). *Sistemas Políticos Africanos de Parentesco e Casamento*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ribeiro, J. (2009). A Importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. Consultado em 13/3/2014.
<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/17785/2/57643.pdf>
- Ribeiro, O. & Paúl, C. (2012). *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel.
- Serafim, F. (2007). Promoção do Bem-Estar global na população sénior. Consultado em 23/9/2013. <https://sapiencia.ualg.pt/handle/10400.1/659>.
- Schneider, R. & Irigaray, T. (sd). *O Envelhecimento na Actualidade: Aspectos Cronológicos, Biológicos, Psicológicos e Sociais*. Consultado em 22/9/2013. <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a13v25n4.pdf>
- Serrano, G. (2008). *Elaboração de Projectos Sociais – Casos Práticos*. Porto: Porto Editora.

- Silva, C. & Ferrugem, P. (2007). Benefício do Exercício Físico no Processo de Envelhecimento. Consultado em 25/9/2013.
<http://www.webartigos.com/artigos/beneficio-do-exercicio-fisico-no-processo-de-envelhecimento/2982/>.
- Silva, S (2009). Qualidade de Vida e Bem-Estar Psicológico em Idosos. Consultado em 26/9/2013.
<http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1092/1/sarasilva.pdf>.
- Tavares, B. (2012). *Autoconceito e Percepção do Envelhecimento*. Lisboa: Universidade de Lisboa. Consultado em 14/12/2013.
http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/8193/1/ulfpie043226_tm.pdf
- Tavares, M & Carvalho, V. (2011). Estudo Bibliográfico Sobre a Sexualidade do Idoso na Contemporaneidade. Consultado em 14/3/2014.
<http://psicologado.com/psicologia-geral/sexualidade/estudo-bibliografico-sobre-a-sexualidade-do-idoso-na-contemporaneidade>.
- Teixeira, L. (2010). Solidão, Depressão e Qualidade de Vida em Idosos: um estudo avaliativo exploratório, implementação – piloto de um programa de intervenção. Consultado em 28/9/2013.
http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2608/1/ulfp037460_tm_tese.pdf.

Apêndices

Apêndice I
Questionário

Questionário

Este questionário faz parte de uma pesquisa enquadrada na realização de um Mestrado em Psicogerontologia Comunitária na Escola Superior de Educação de Beja. O nosso propósito consiste em saber qual a contribuição do Centro Social do Lídador para o bem-estar dos seus utentes. O questionário é rigorosamente anónimo e confidencial.

Antes de responder leia as perguntas com atenção.

Agradecemos a sua colaboração. Muito obrigada.

I. Caracterização do Inquirido

1. Género

- a. Masculino ☐
- b. Feminino ☐

2. Idade: ____

3. Habilitações

- a. Não sabe ler nem escrever ☐
- b. Sabe ler e escrever ☐
- c. 1ºciclo (4ª classe) ☐

Margem de
codificação

☐☐☐☐☐

- d. 2º ciclo (5º e 6º ano) ☐
- e. 3º ciclo (7º, 8º e 9º ano) ☐
- f. Ensino secundário ☐
- g. Licenciatura ☐

☐
☐
☐

4. Profissão e situação profissional

Profissão/ões _____

- a. Empregado ☐
- b. Desempregado ☐
- c. Reformado ☐
- d. Pensionista ☐

☐

5. Estado civil:

- a. Solteiro ☐
- b. Casado ☐
- c. União de facto ☐
- d. Divorciado ☐
- e. Viúvo ☐

☐ ☐
☐ ☐
☐ ☐

6. Tem filhos?

- a. Sim ☐
- b. Não ☐

☐

Se respondeu sim, indique o nº de filhos? ____

Número de filhos dependentes ____

Número de filhos independentes ____

II – Grau de satisfação do bem-estar dos inquiridos

7. Qual o grau de satisfação com a profissão que exercia?

- a. Insatisfeito ☐
- b. Pouco satisfeito ☐
- c. Satisfeito ☐
- d. Muito satisfeito ☐

☐

8. Qual o grau de satisfação com a sua situação económica?

- a. Insatisfeito ☐
- b. Pouco satisfeito ☐
- c. Satisfeito ☐
- d. Muito satisfeito ☐

☐

9. Qual o grau de satisfação com a situação habitacional?

- a. Insatisfeito ☐
- b. Pouco satisfeito ☐
- c. Satisfeito ☐
- d. Muito satisfeito ☐

☐

10. Qual o grau de satisfação com a sua saúde?

- a. Insatisfeito ☐
- b. Pouco satisfeito ☐
- c. Satisfeito ☐
- d. Muito satisfeito ☐

☐

11. Como se sente nas relações com os seus familiares?

- a. Insatisfeito ☐
- b. Pouco satisfeito ☐
- c. Satisfeito ☐
- d. Muito satisfeito ☐

☐

12. Como se sente com as relações com os seus amigos?

- a. Insatisfeito ☐
- b. Pouco satisfeito ☐
- c. Satisfeito ☐
- d. Muito satisfeito ☐

☐☐☐☐

III – Participação nas actividades do Centro Social do Lيدador

13. Há quanto tempo frequenta o Centro Social do Lيدador? _____

14. O que o/a levou a frequentar o Centro Social do Lيدador?

☐

15. Número de vezes que frequenta a instituição:

- a. Menos de duas vezes por mês ☐
- b. Duas vezes por mês ☐
- c. Uma vez por semana ☐
- d. Duas vezes por semana ☐
- e. Três vezes ou mais por semana ☐

☐

16. Costuma almoçar no Centro Social do Lيدador?

- a. Sim ☐
- b. Não ☐

☐

c. Se responder sim, gosta da alimentação servida? _____

☐

17. Pratica alguma actividade fora do Centro Social do Lidador?

a. Sim ☐

b. Não ☐

c. Se respondeu sim, diga qual ou quais:

☐☐☐☐☐☐

18. Pratica alguma ou algumas actividades no Centro Social do Lidador?

a. Sim ☐

b. Não ☐

Se respondeu sim, quais são essas actividades?

☐☐☐

19. Quantas vezes por semana realiza essas actividades? _____

20. Que outras actividades gostaria que fossem dinamizadas no Centro Social do Lidador?

☐

IV- Contributo do Centro Social do Lidador para o Bem-Estar dos idosos

☐

21. Qual o grau de satisfação com as actividades que realiza no Centro Social do Lidador?

a. Insatisfeito ☐

b. Pouco satisfeito ☐

31.

- c. Satisfeito ☐
d. Muito satisfeito ☐

22. Qual o grau de satisfação relativamente ao convívio entre homens e mulheres no Centro Social do Lidador?

- a. Insatisfeito ☐
b. Pouco satisfeito ☐
c. Satisfeito ☐
d. Muito satisfeito ☐

23. Qual o grau de satisfação com os funcionários(as) do Centro Social do Lidador?

- a. Insatisfeito ☐
b. Pouco satisfeito ☐
c. Satisfeito ☐
d. Muito satisfeito ☐

24. Qual o grau de satisfação com a sua saúde física antes de frequentar o Centro Social do Lidador?

- a. Insatisfeito ☐
b. Pouco satisfeito ☐
c. Satisfeito ☐
d. Muito satisfeito ☐

25. Qual o grau de satisfação com a sua saúde física desde que frequenta o Centro Social do Lidador?

- a. Insatisfeito ☐
b. Pouco satisfeito ☐
c. Satisfeito ☐
d. Muito satisfeito ☐

26. Como se sentia antes de frequentar o Centro Social do Lidador, em relação aos seguintes

indicadores? Responda marcando um X na casa correspondente.

	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Bastante
Bem				
Animado				
Alegre				
Activo				
Satisfeito				
Entusiasmado				
Impaciente				
Desanimado				
Aborrecido				
Tranquilo				
Irritado				
Triste				
Angustiado				
Deprimido				

27. Como se sente desde que frequenta o Centro Social do Lidador, em relação aos seguintes indicadores?

	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Bastante
Bem				
Animado				
Alegre				
Activo				
Satisfeito				
Entusiasmado				

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

Impaciente				
Desanimado				
Aborrecido				
Tranquilo				
Irritado				
Triste				
Angustiado				
Deprimido				

28. Tomava medicamentos antes de frequentar o Centro Social do Lidador?

a. Sim ☐

b. Não ☐

c. Se respondeu sim diga se eram para problemas:

Físicos ☐

Psicológicos ☐

29. Se respondeu que eram para problemas físicos diga se:

- a. Mantém a medicação ☐
- b. Reduziu a medicação ☐
- c. Deixou a medicação ☐

☐☐☐

30. Se respondeu que eram para problemas psicológicos diga se:

- a. Mantém a medicação ☐
- b. Reduziu a medicação ☐
- c. Deixou a medicação ☐

☐☐☐

31. Sente que a sua saúde psicológica melhorou desde que frequenta o Centro Social do Lidador?

- a. Nada ☐
- b. Pouco ☐
- c. Muito ☐
- d. Bastante ☐

32. A frequência do Centro Social do Lidador proporciona-lhe bem-estar?

- a. Nada ☐
- b. Pouco ☐
- c. Muito ☐
- d. Bastante ☐

33. Como avalia em geral o grau de bem-estar com a sua vida?

34. Que outros contributos gostaria de assinalar para melhorar o bem-estar dos idosos que frequentam o Centro Social do Lيدador?

Apêndice II

Gráficos

Gráfico nº 1

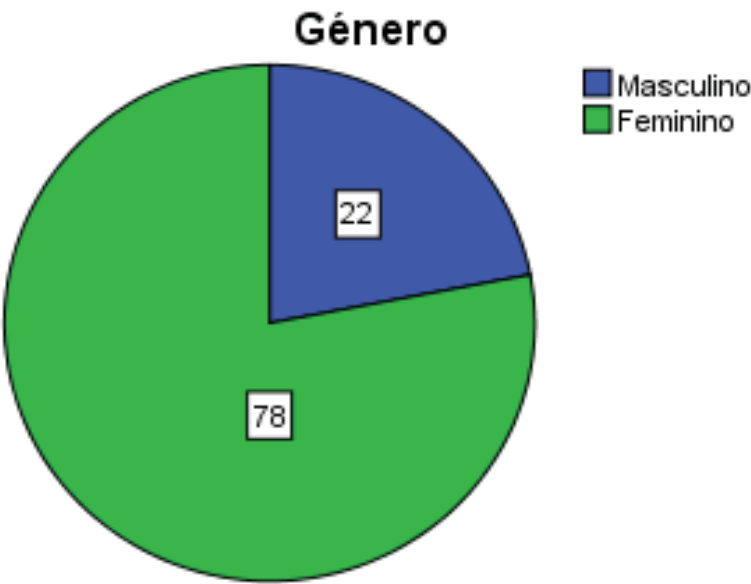


Gráfico nº 2

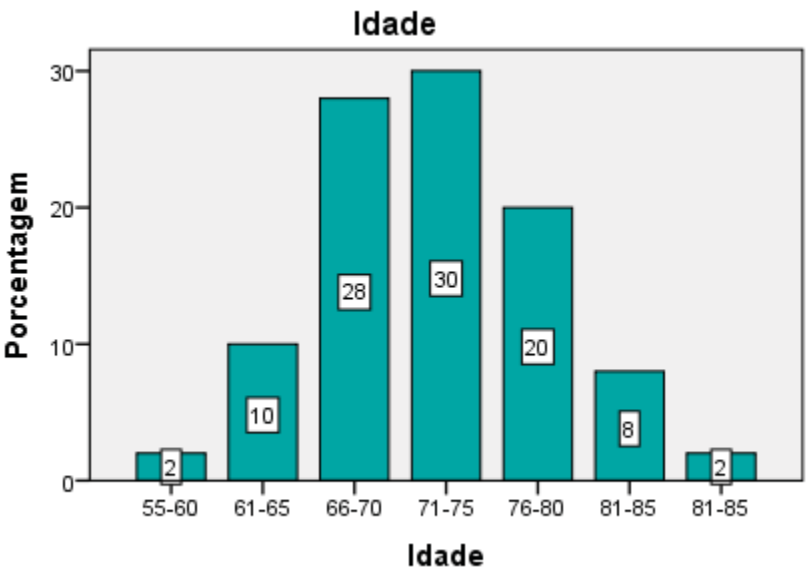


Gráfico nº 3

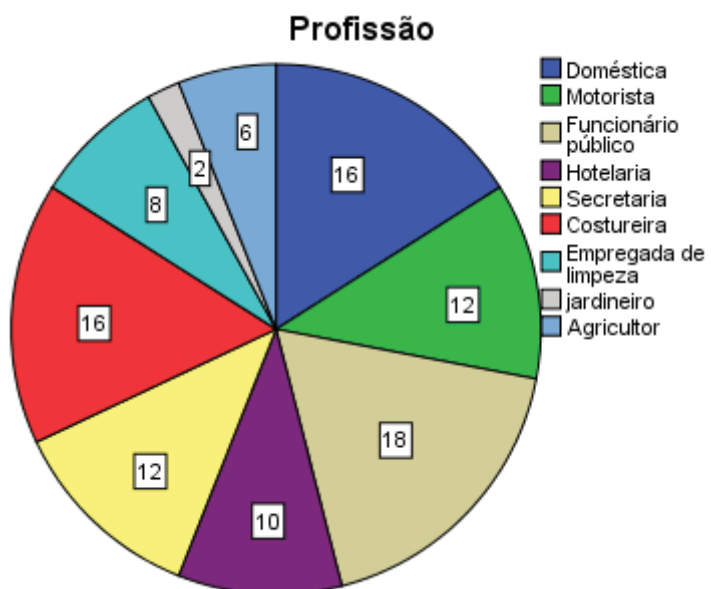


Gráfico nº 4

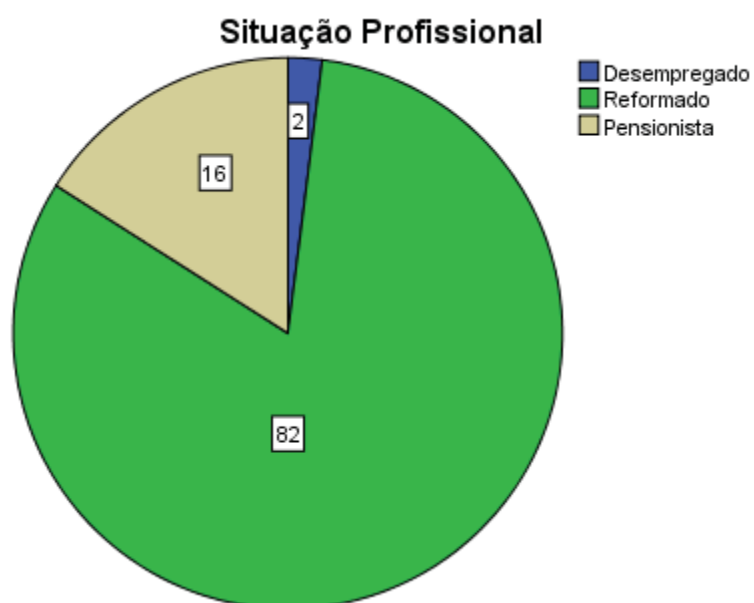


Gráfico nº 5



Gráfico nº 6

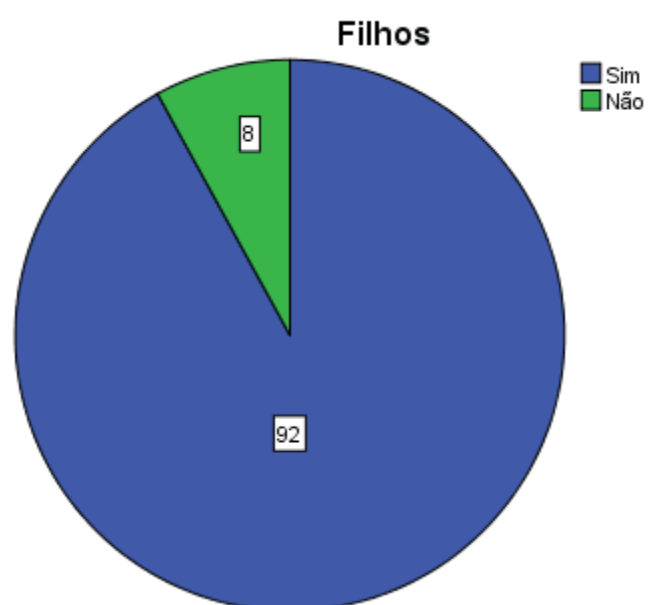


Gráfico nº 7

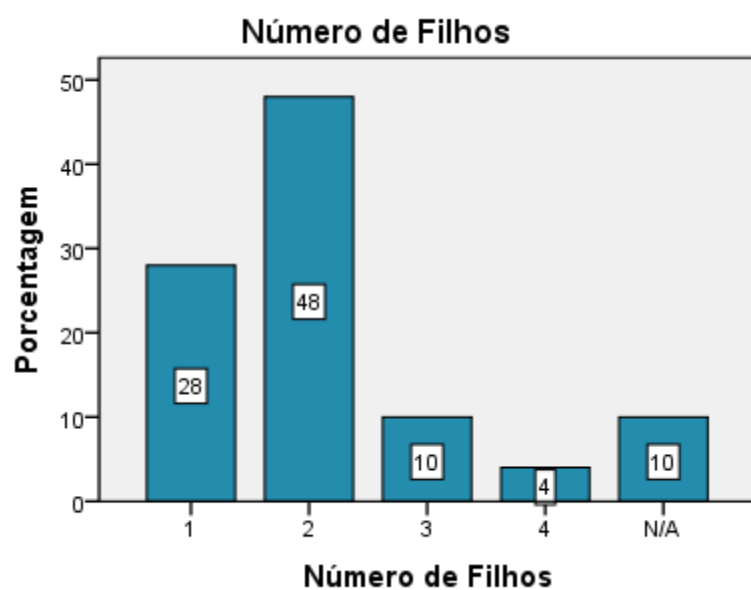


Gráfico nº 8

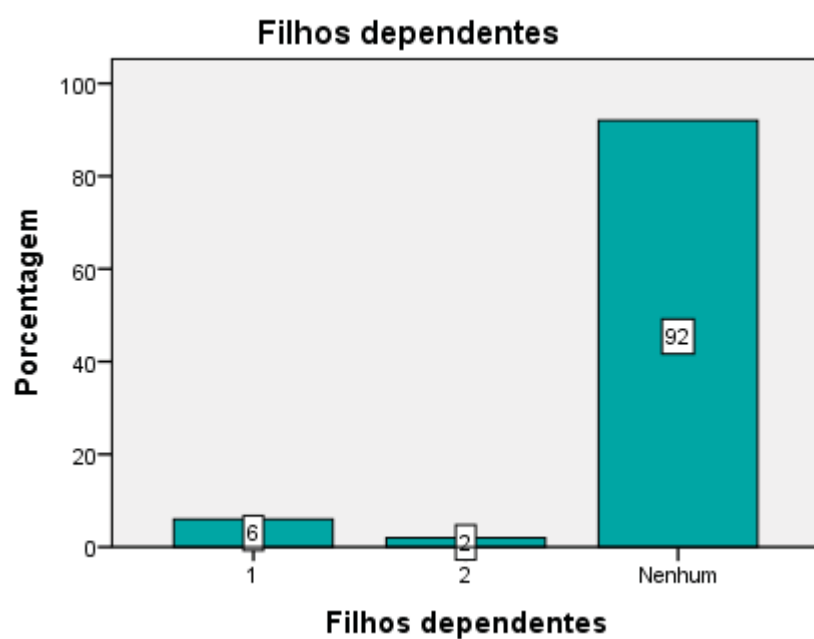


Gráfico nº 9

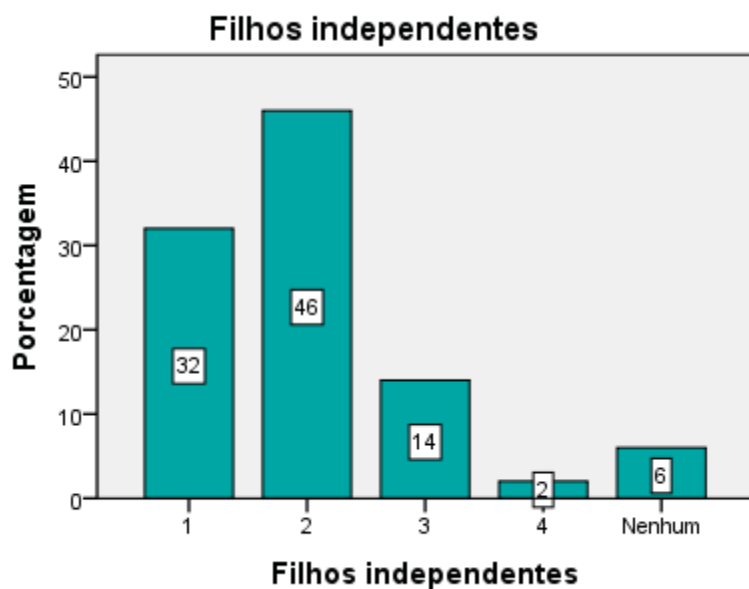


Gráfico nº 10



Gráfico nº 11



Gráfico nº 12

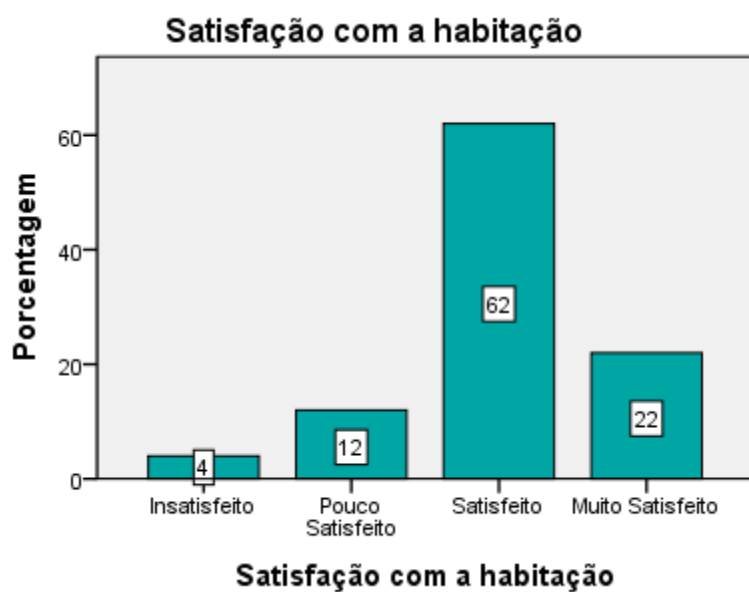


Gráfico nº 13

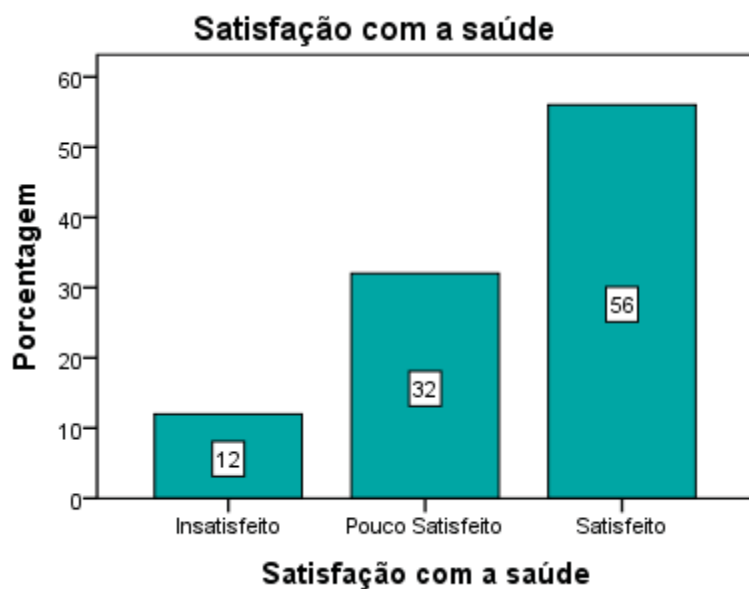


Gráfico nº 14

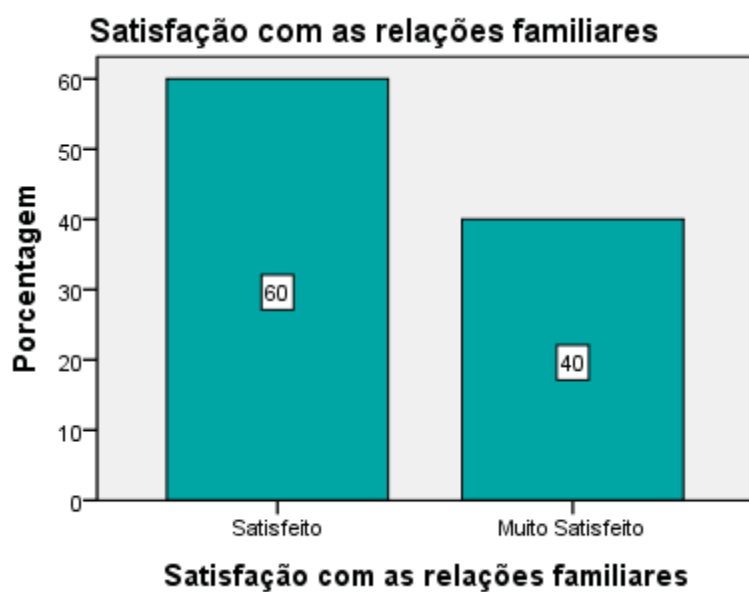


Gráfico nº 15

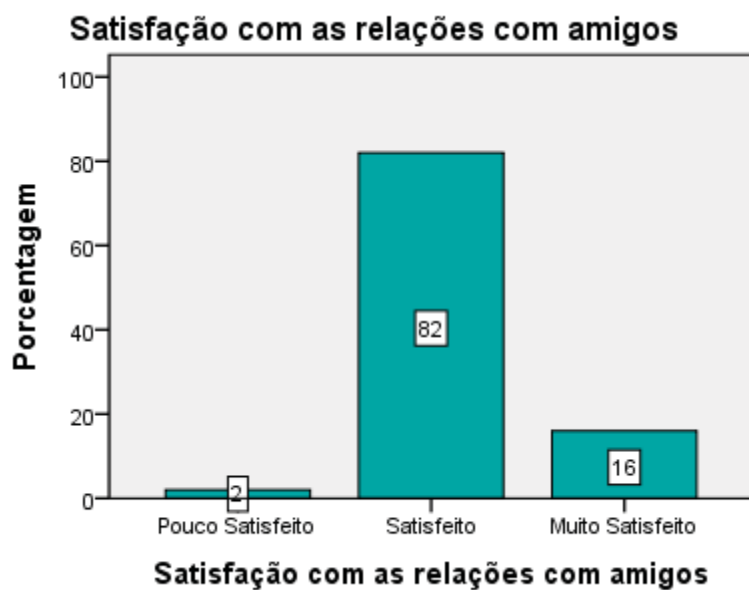


Gráfico nº 16

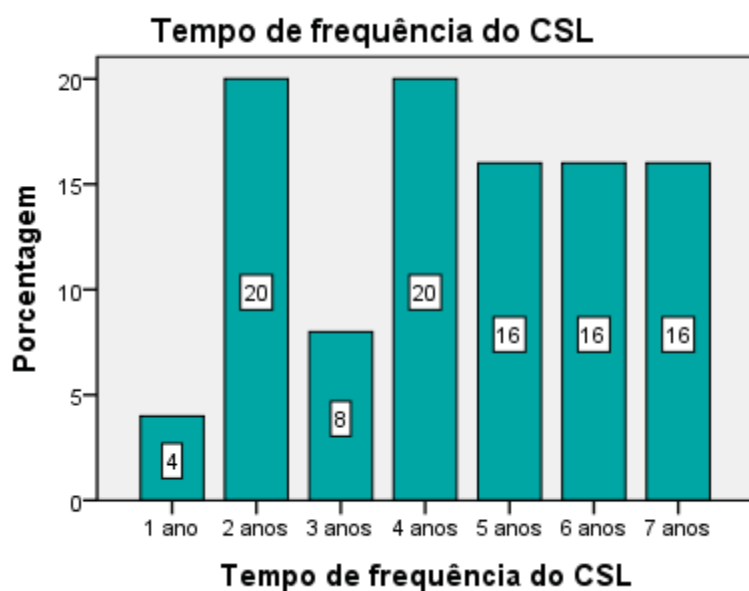


Gráfico nº 17

Motivos que levou o inquirido a frequentar o CSL

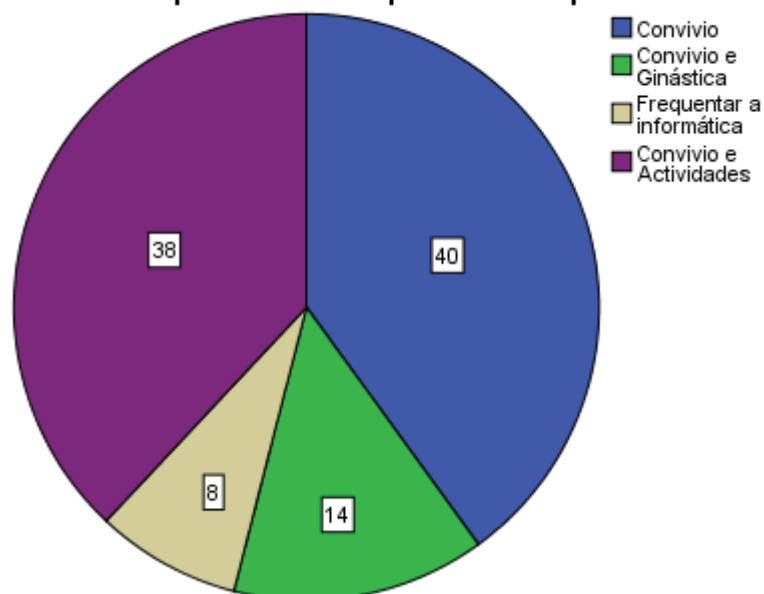


Gráfico n° 18

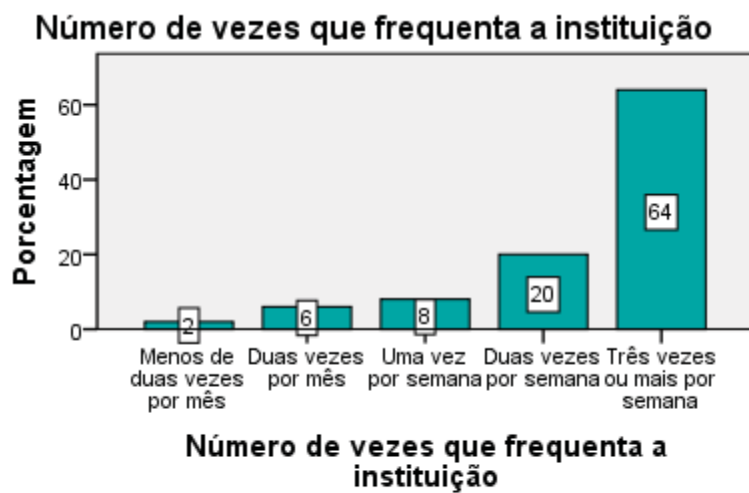


Gráfico n° 19

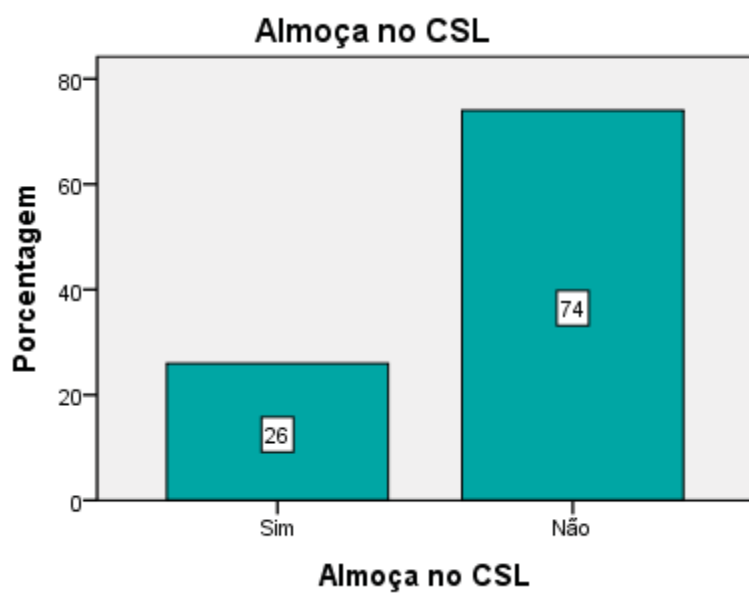


Gráfico nº 20

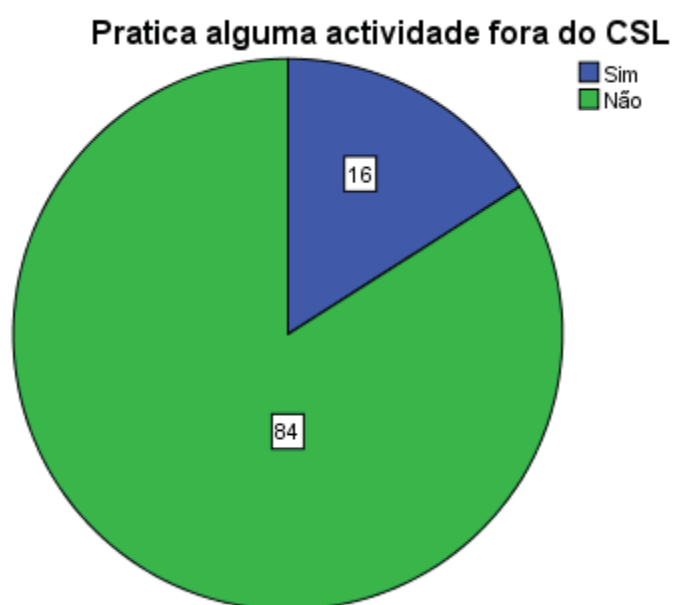


Gráfico nº 21



Gráfico nº 22



Gráfico nº 23

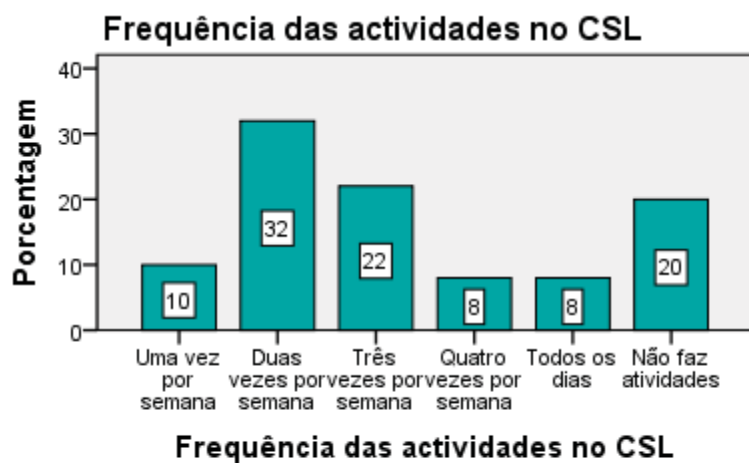


Gráfico nº 24

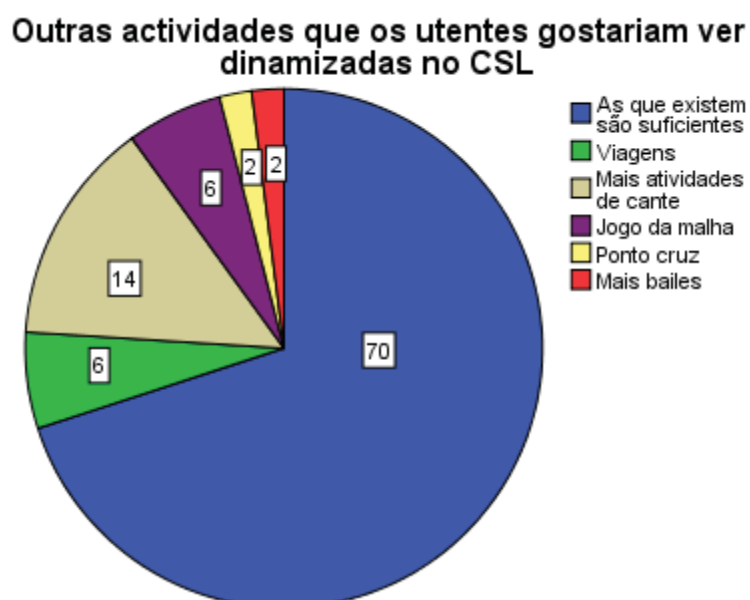


Gráfico nº 25

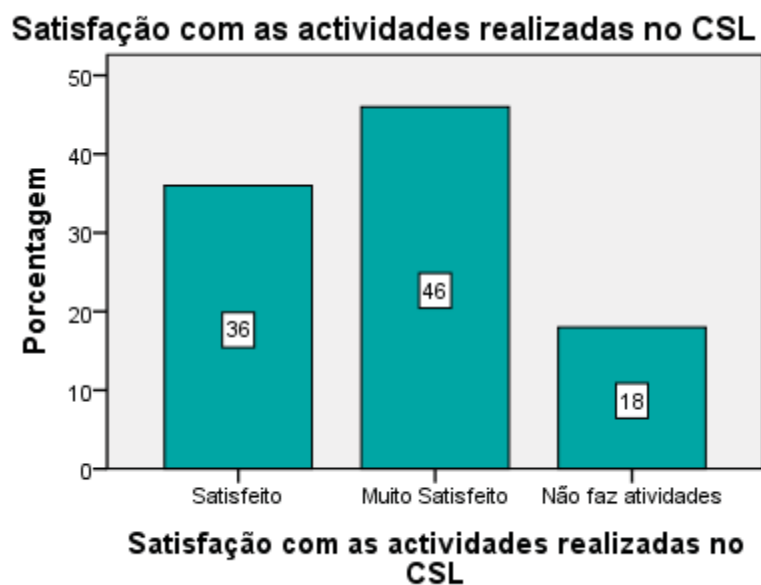


Gráfico nº 26



Gráfico nº 27

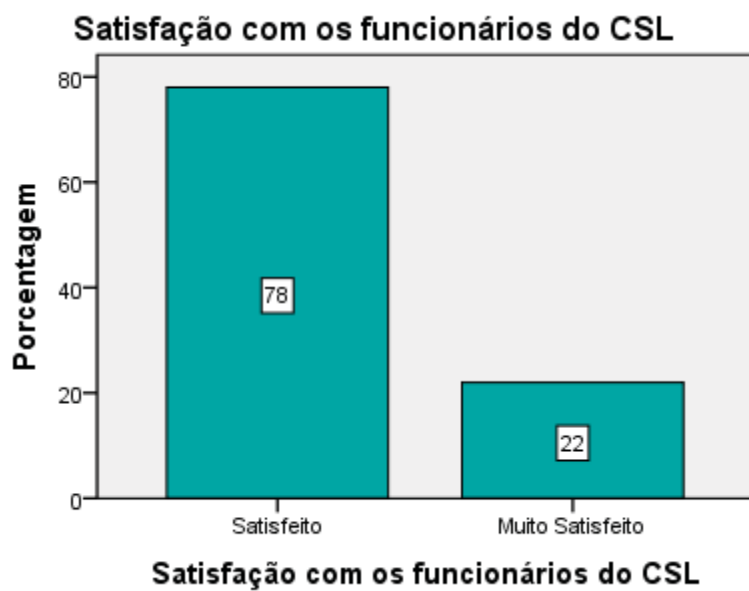


Gráfico nº 28

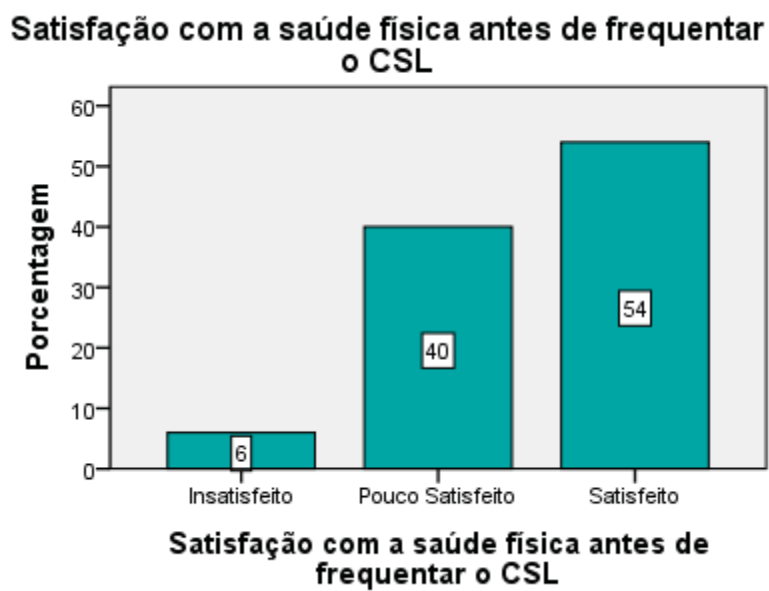


Gráfico n° 29

Utilização de medicamentos antes de frequentar o CSL

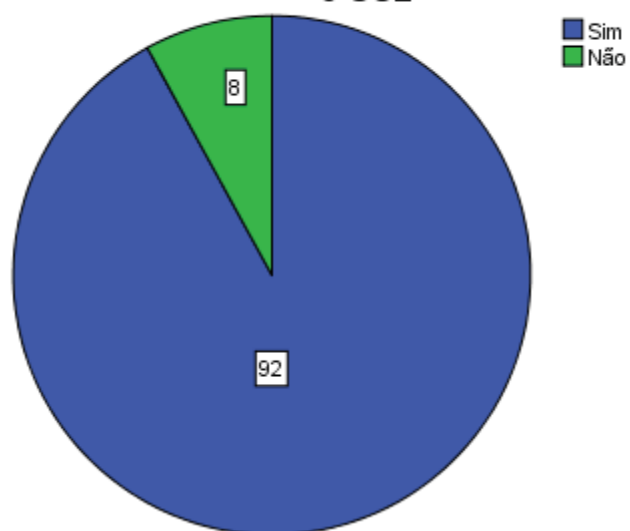


Gráfico n° 30

Quais os problemas para a utilização da medicação

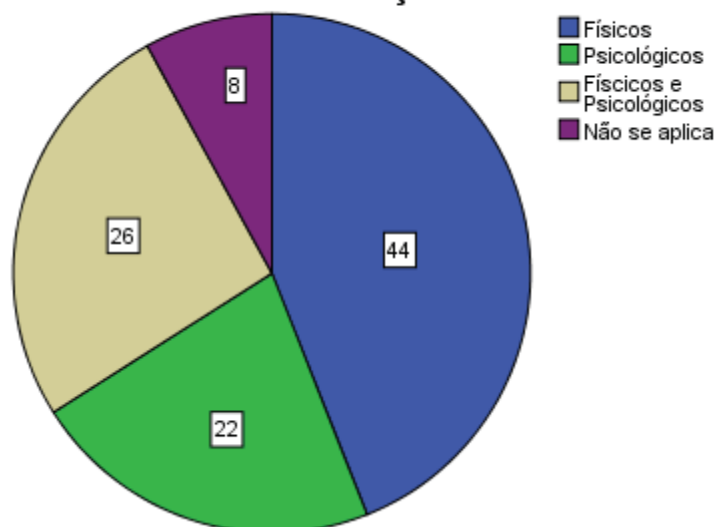


Gráfico nº 31

Utilização de medicação para problemas físicos

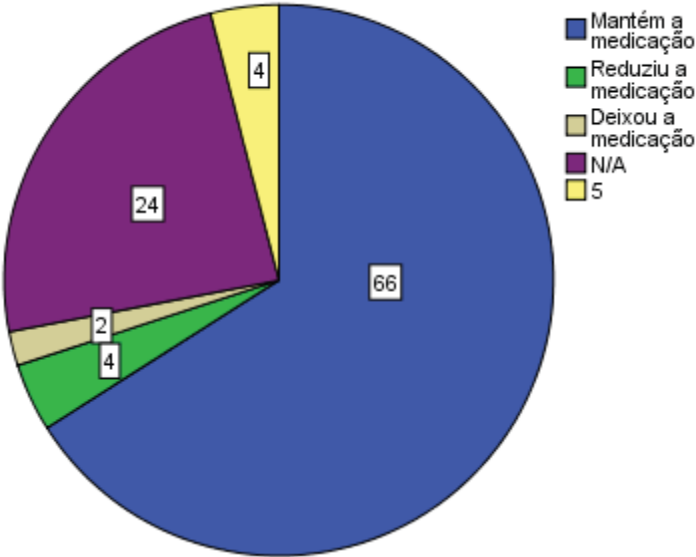


Gráfico nº 32

Utilização de medicação para problemas psicológicos

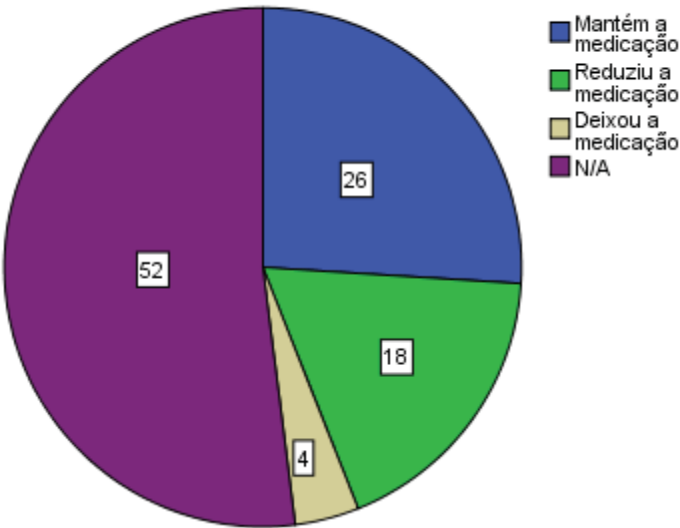


Gráfico nº 33

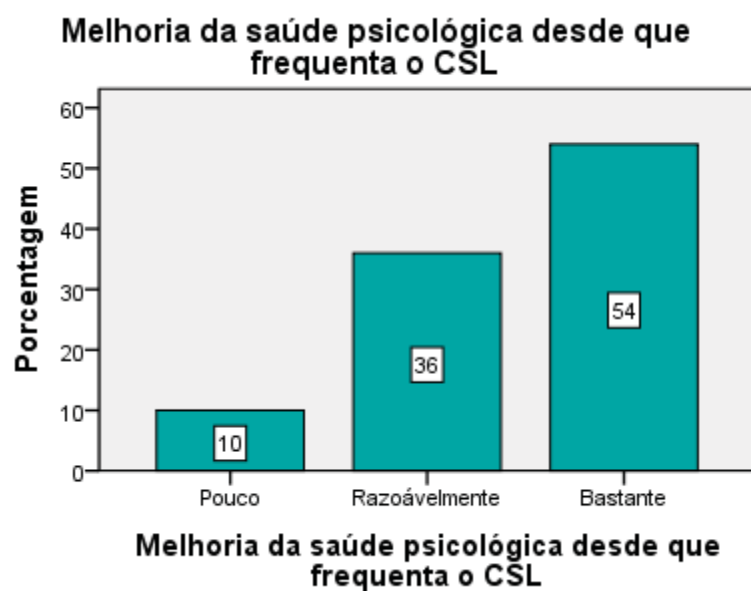


Gráfico nº 34

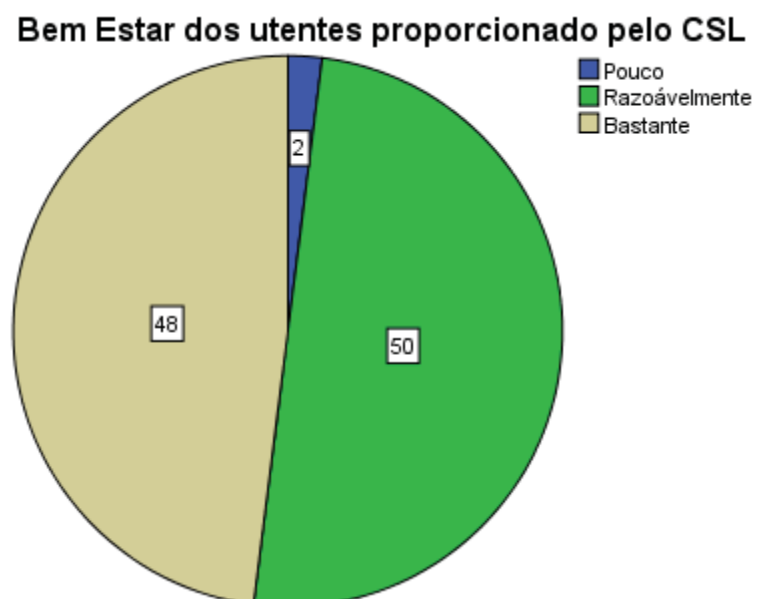


Gráfico nº 35

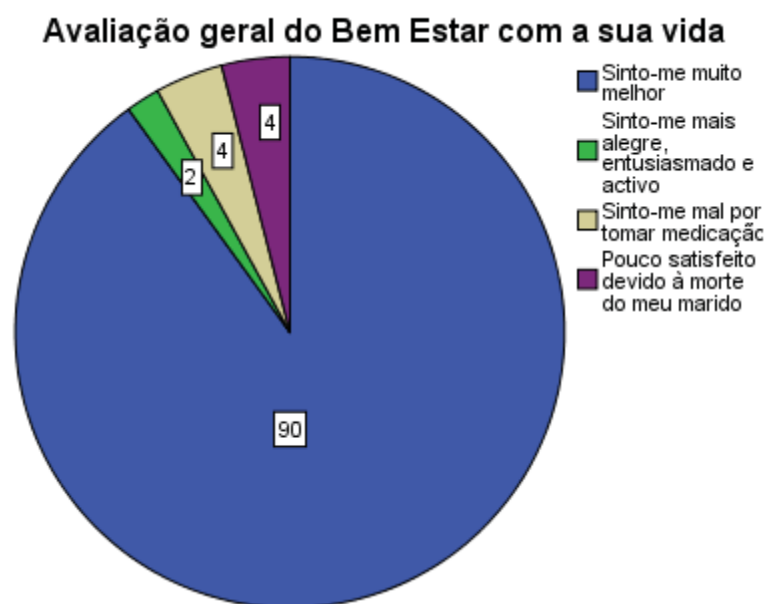
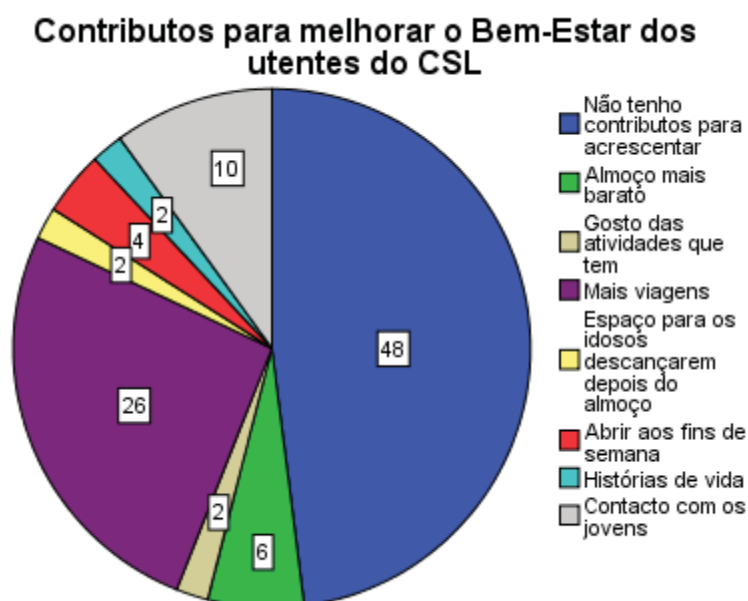


Gráfico nº 36



Apêndice III

Carta -. Pedido de autorização ao Presidente da Câmara Municipal de Beja

Exmo. Sr. Presidente

Câmara Municipal de Beja

Eng.º. João Rocha

Encontro-me a realizar o Mestrado em Psicogerontologia Comunitária, cuja tese pretende dar resposta a seguinte questão: “de que forma o Centro Social do Lيدador contribui para o Bem-Estar Subjectivo dos idosos?”.

Para levar a bom termo esta pesquisa, pedi ao Sr. Presidente da Câmara cessante a autorização devida para realizar o meu trabalho. Uma vez que é V.Ex.^a o actual Presidente do Município, venho reiterar o pedido de autorização para realizar as minhas pesquisas no referido Centro.

Subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Ana Carla de Araújo Orta

Beja, 3 de Fevereiro de 2014

Apêndice IV

Carta – Pedido de autorização à Diretora do Centro Social do Lidador

Exma. Sra. Directora

Centro Social do Lيدador

Dr.^a. Sara Serrano

Encontro-me a realizar o Mestrado em Psicogerontologia Comunitária, cuja tese pretende dar resposta a seguinte questão: “de que forma o Centro Social do Lيدador contribui para o Bem-Estar Subjectivo dos idosos?”.

Para levar a bom termo esta pesquisa pedi ao Sr. Presidente da Câmara cessante a autorização devida para realizar o meu trabalho. Uma vez que também mudou a direcção do Centro Social do Lيدador, venho solicitar a V.Ex.^a a possibilidade de dar continuidade a este trabalho, que no essencial se traduz por questionários e entrevistas.

Subcrevo-me com os melhores cumprimentos

Ana Carla de Araújo Orta

Beja, 3 de Fevereiro de 2014

Apêndice V

Carta Protocolo do Questionário

(Dirigida a dois docentes do IPBeja)

Exmo(a) Sr. Professor(a)

Assunto: Protocolo do questionário sobre o “Contributo do Centro Social do Lidador para o Bem-Estar Subjectivo dos Idosos”.

Venho por este meio solicitar a V.Exa que aprecie o questionário que pretendemos aplicar para levar a cabo a nossa pesquisa sobre os “Contributos do Centro Social do Lidador para o Bem-Estar Subjectivo dos Idosos” que o frequentam.

No corpo do questionário não usámos propositadamente o conceito de Bem-Estar Subjectivo, na medida que pensamos que este não seria compreensível. No entanto pensamos que as questões que colocamos permitem aferi-lo.

Com o objectivo de lhe facilitar a tarefa anexa-se um Protocolo de Avaliação, composto de duas partes: Aspectos específicos do questionário; Aspectos Globais do Questionário.

Muito obrigada pela atenção e colaboração

Ana Carla de Araújo Orta

Beja, 7/4/2014

Anexos

Anexo I

Protocolo de avaliação do questionário

(Submetido à aprovação de dois professores do IPBeja)

Protocolo de avaliação do questionário

O protocolo de avaliação é constituído por duas partes. A primeira (I) pretende avaliar aspectos particulares de cada uma das questões. A segunda (II) procura avaliar aspectos globais sobre as características gerais do questionário.

I - Aspectos específicos do questionário

Pergunta	A pergunta é importante para o objectivo do questionário					A redacção da pergunta não influencia as respostas					A pergunta é clara					As palavras são compreensíveis				
	totalmente de acordo	de acordo	indiferente	desacordo	completamente em desacordo	totalmente de acordo	de acordo	indiferente	desacordo	completamente em desacordo	totalmente de acordo	de acordo	indiferente	desacordo	totalmente em desacordo	Totalmente de acordo	De acordo	indiferente	desacordo	Completamente em desacordo
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				

26																				
27																				
28																				
29																				
30																				
31																				
32																				

Parte II – Aspectos Globais do Questionário

1. A apresentação do questionário é:

Muito adequada ☐ Adequada ☐ Normal ☐ Pouco adequada ☐ Nada adequada ☐

2. As instruções para responder ao questionário são:

Muito adequadas ☐ Adequadas ☐ Normais ☐ Pouco adequadas ☐ Nada adequadas ☐

3. O questionário é:

Muito adequado ☐ Adequado ☐ Normal ☐ Pouco adequado ☐ Nada adequado ☐

4. As questões colocadas para conhecer o grau de satisfação dos inquiridos são:

Muito adequadas ☐ Adequadas ☐ Normais ☐ Pouco adequadas ☐ Nada adequadas ☐

5. As questões colocadas para conhecer a natureza das actividades realizadas no Centro são:

Muito adequadas ☐ Adequadas ☐ Normais ☐ Pouco adequadas ☐ Nada adequadas ☐

6. As questões colocadas para compreender o contributo do Centro para o bem-estar dos idosos são:

Muito adequadas ☐ Adequadas ☐ Normais ☐ Pouco adequadas ☐ Nada adequadas ☐

7. Quanto a extensão o questionário é:

Muito adequado ☐ Adequado ☐ Normal ☐ Pouco adequado ☐ Nada adequado ☐

Anexo II

Regulamento do Centro Social do Lيدador

Regulamento do Centro Social do Lidador

Artigo 1º

Definição

O Centro Social do Lidador, sito no Largo do Lidador, em Beja, adiante designado por Centro, é um equipamento municipal, constituindo-se como um projecto estruturante, enquadrado na primeira linha de orientação do Plano de Desenvolvimento Social do Concelho de Beja — “Criação, extensão e qualificação de equipamentos e serviços de apoio social”, reconhecida por todos os parceiros como fundamental para a promoção do desenvolvimento social.

Artigo 2º

Objectivos

- a) Criar condições que permitam melhorar a qualidade de vida do idoso, sendo considerado como tal, para efeitos do presente regulamento, o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos e ou o indivíduo em situação de reformado ou pensionista.
- b) Minimizar o isolamento, solidão e dependência, através da animação sócio – cultural como forma de promoção social e pessoal destes cidadãos, cujo papel ainda é socialmente desvalorizado.
- c) Contribuir para a integração social deste grupo etário, valorização da auto-estima e mudança de atitude, trabalhando a sua imagem social através de actividades de animação e ocupação.
- d) Valorizar, numa perspectiva intergeracional, o aproveitamento e transmissão de saberes da população idosa, quer nas áreas das actividades tradicionais, quer com novas experiências, criando ateliers polivalentes em interacção com as escolas.
- e) Recolher o capital de memória desta população como forma de defesa e preservação de uma identidade cultural local.
- f) Contribuir para o reforço e consolidação das redes de apoio social já existentes, estruturando uma parceria local por forma a rentabilizar os recursos vocacionados para esta população-alvo.
- g) Promover o intercâmbio com todas as escolas, em particular as escolas profissionais com áreas de formação relacionadas com os objectivos do Centro, de modo a estimular a fixação dos jovens, reforçando localmente o mercado social de emprego, através da disponibilização de espaços de aplicação dos seus conhecimentos e de desenvolvimento das suas capacidades.
- h) Promover e rentabilizar o voluntariado social.

Artigo 3º

Estrutura

O Centro será constituído por uma equipa técnica, coordenada por um/uma coordenador/a que funcionará na dependência directa do Gabinete de Desenvolvimento Social – Equipa Multidisciplinar de Desenvolvimento Social.

Artigo 4º

Funcionamento e actividades

- a) O Centro irá funcionar entre Segunda e Sexta, com o seguinte horário:
 - i) — Horário de Verão — De 1 de Maio a 30 de Setembro: abertura às 9. 30 h e encerramento às 18. 30 h.
 - ii) — Horário de Inverno — De 1 de Outubro a 30 de Abril: abertura às 9. 30 h e encerramento às 18. 00 h.
 - iii) — O Centro encerra aos sábados, domingos e feriados.
- b) O Centro irá dinamizar actividades de carácter recreativo, cultural, associativo, de apoio social, de lazer e de cidadania.
- c) As actividades serão dinamizadas pela equipa técnica interna e ou por entidades externas, parceiras ou não da Câmara Municipal de Beja, que queiram associar -se ao projecto.
- d) Poderão ainda existir actividades dinamizadas por voluntários, desde que vão de encontro aos objectivos do projecto e devidamente enquadrados pela equipa técnica.
- e) Para a dinamização das actividades da responsabilidade de entidades externas ao Município poderão ou não ser celebrados protocolos de colaboração.

Artigo 5º

Instalações e condições de funcionamento

- a) O Centro será aberto à população em geral, sendo estimulada a utilização livre dos diferentes espaços comuns do edifício, nomeadamente a sala de estar/cafetaria, o logradouro exterior, a sala de exposições, o salão e a sala de leitura/informática.
- b) Pese embora o disposto na alínea anterior, salvaguarda-se a prioridade de utilização por parte de idosos/reformados sempre que a limitação de espaço/nº de participantes assim o justifique.
- c) Para o exercício desta prioridade no que toca a limites e ordem de inscrição nas diferentes actividades, o critério de selecção será o da maior idade.

Artigo 6º

Fornecimento de refeições

- a) O Centro dispõe de uma cafetaria, aberta ao público em geral, cujo funcionamento será assegurado, por meios próprios ou por instituições externas, com consulta ao mercado.
- b) O Centro fornece almoços, diariamente, até um limite máximo de 40.
- c) O Centro não fornece refeições para o exterior.
- d) O acesso ao almoço será feito mediante a aquisição, de véspera, de uma senha de refeição.
- e) Caso o número de senhas vendidas não atinja o número limite definido poderão ainda ser vendidas senhas de refeição pela seguinte ordem:
 - 1. Familiares de utentes
 - 2. População em geral.
- f) Para todas as disposições das alíneas anteriores do presente artigo, deve salvaguardar-se o disposto nas alíneas b) e c) do número anterior.

Artigo 7º

Disposições finais

O presente regulamento entra em vigor na data de abertura ao público das instalações do Centro Social do Lيدador e pode ser alterado, de acordo com definições inerentes ao melhor interesse dos seus beneficiários ou do Município, sem prejuízo, quanto à entrada em vigor, do disposto no artigo 91º da lei n.º 169/99, de 18 de Setembro.

Para constar se produziu o presente edital, que vai ser publicado no *Diário da República*, no boletim municipal e nos lugares de estilo do concelho de Beja.

NOTA: Esta versão regulamentar foi aprovada pela Assembleia Municipal em **02.05.2011** e enviada para o GCI, para publicação no site da Câmara